

**CÉSARIENNES SEGMENTAIRES
ITÉRATIVES
ET STÉRILISATION
D'APRÈS
L'ÉTAT DU MUSCLE UTÉRIN**

Étude de 218 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1953

• POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REBOUL D'AUBIGNY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 12 Juillet 1926, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1953

CESARIENNES SEGMENTAIRES ITERATIVES
ET STERILISATION
D'APRES L'ETAT DU MUSCLE UTERIN
ETUDE DE 218 OBSERVATIONS

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1953-1954 — N° 8

**CÉSARIENNES SEGMENTAIRES
ITÉRATIVES
ET STÉRILISATION
D'APRÈS
L'ÉTAT DU MUSCLE UTÉRIN**

Étude de 218 observations

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 10 Novembre 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean REBOUL D'AUBIGNY

Interne des Hôpitaux de Lyon

Né le 12 Juillet 1926, à LYON (Rhône)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
 Doyen.
 Assesseur.

M. J. LEPINE.
 M. HERMANN.
 M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, VILLARD, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART,
 PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
 Clinique médicale B
 Clinique chirurgicale A
 Clinique chirurgicale B
 Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie
 Clinique urologique
 Clinique et prophylaxie de la tuberculose
 Clinique dermatologique et syphiligraphique
 Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
 Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique gynécologique
 Clinique obstétricale
 Clinique stomatologique
 Histologie
 Pharmacie et Pharmacologie
 Botanique et Cryptogamie
 Physiologie
 Anatomie pathologique
 Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT.
 P. RAVAUULT
 SANTY.
 WERTHEIMER.
 BERNHEIM.
 BONNET.
 REBATTU.
 CIBERT.
 DUFOURT.
 GATE.
 DECHAUME.
 SEDALLIAN.
 GUILLEMINET.
 POLLOSSON.
 PIGEAUD.
 DUCLOS.
 NOEL
 LEULIER.
 NETIEN.
 HERMANN.
 MARTIN J.-F.
 PONTIUS.
 (détaché à Beyrouth)
 MAZEL.
 GARIN.
 ROCHET.
 CHAMBON.
 JOSSERAND.
 DELORE.
 GABRIELLE.
 CROIZAT.
 ENSELMÉ.
 MALLET-GUY.
 JOURDAN.
 REVOL.
 BOURRET.
 LEVRAT.
 SOHIER.
 BERTRAND.
 JOURDAN

Médecine du travail
 Parasitologie et Pathologie exotique
 Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
 Chimie organique et Toxicologie
 Pathologie générale et expérimentale
 Hydrologie thérapeutique et Climatologie
 Anatomie
 Pathologie interne
 Chimie biologique et médicale
 Pathologie chirurgicale
 Biologie médicale
 Pharmacie galénique
 Médecine légale et Déontologie
 Thérapeutique
 Hygiène
 Propédeutique chirurgicale
 Biologie médicale



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique M. BANSSILLON.

Pharmacie et Pharmacolo-
 gie DREVON.

Chimie organique et Toxi-
 cologie BADINAND

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique BERGER.
 Parasitologie COUDERT.
 Physiologie CHATONNET.
 Physiologie CIER.

Parasitologie ROMAN.
 Histologie TUSQUES.
 Chimie biologique R. CREYSSEL.
 Bactériologie BERTOYE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.
 Pathologie médicale BRUN.
 Pathologie médicale M. GIRARD.
 Pathologie médicale P. GIRARD.
 Pathologie médicale JEUNE.
 Pathologie médicale VACHON.
 Pathologie médicale GALLY.
 Pathologie médicale GONIN.
 Pathologie chirurgicale BERARD.
 Pathologie chirurgicale DARGENT.
 Pathologie chirurgicale DESJACQUES.
 Pathologie chirurgicale LABRY.
 Pathologie chirurgicale MANSUY.
 Pathologie chirurgicale TRILLAT.
 Pathologie chirurgicale GUILLET.
 Obstétrique BROCHIER.

MM.
 Obstétrique MAGNIN.
 Obstétrique MATHIEU.
 Anatomie pathologique .. GUICHARD.
 Orthopédie MARION.
 Anatomie LATARJET.
 Neuro-chirurgie LECUIRE.
 Oto-rhino-laryngologie ... MAYOUX.
 Ophtalmologie PAUFIQUE.
 Urologie PERRIN.
 Dermato-syphiligraphie ... THIERS.
 Médecine légale et Méde-
 cine du Travail ROCHE.

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGE

Hygiène BENAIZET.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. BANSSILLON ; Assesseurs : MM. PIGEAUD
 POLLOSSON et BROCHIER.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations
 qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle
 n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE

Sa réussite médicale exceptionnelle due à son ardeur inimaginable, sa vie familiale exemplaire forcent le respect. Bien trop faible sera toujours le témoignage de notre admiration. Rien n'est plus agréable que de pouvoir dire de lui : « C'est mon Père ».

A MA MERE

Dont l'affection constante, le dévouement permanent et la bonté légendaire ne mériteront jamais assez notre reconnaissance.

A MA GRAND'MERE

Que la douceur de son affection nous entoure encore longtemps.

A MES SŒURS, A MES BEAUX-FRÈRES,

A MES FILLEULS ET NEVEUX

A MON PARRAIN

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BANSSILLON

Accoucheur des Hôpitaux.

Nous lui devons le sujet de cette thèse pour laquelle il n'a ménagé ni sa peine, ni ses conseils au cours de son élaboration. Nous avons gardé de notre semestre dans son service le plus agréable souvenir. Qu'il soit assuré de notre profonde gratitude pour son enseignement si fructueux, de notre respectueux attachement et de notre entier dévouement.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCHIER

Accoucheur des Hôpitaux.

L'amitié pour notre Père a rejailli sur nous sous la forme d'une affectueuse bonté. Nous admirons la précision de son esprit et l'entrain qui rayonne autour de sa personne. Nous le remercions de toutes ses attentions et le prions de croire à notre grande reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique.

Nous avons pu durant un trop court semestre goûter son accueil bienveillant et son enseignement toujours séduisant de clarté. Nous avons essayé d'acquérir à son contact les plus précieux éléments de notre formation gynécologique. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIGEAUD

Professeur de clinique obstétricale.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter d'être parmi nos juges. Nous n'avons pu encore bénéficier de son enseignement durant notre Internat. Nous sommes assurés qu'un prochain semestre passé dans son service nous fera apprécier davantage s'il est possible la justesse de son jugement et l'équilibre parfait de sa personnalité. Nous le prions de croire à notre respectueuse admiration.

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR BARBIER (*In memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUICHARD

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VACHON

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEUNE

MONSIEUR LE DOCTEUR REVOL

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRILLAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR MALLET-GUY

MONSIEUR LE DOCTEUR BERTOYE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT

Internat provisoire :

MONSIEUR LE DOCTEUR NAUSSAC

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BRUN

MONSIEUR LE PROFESSEUR WERTHEIMER

Internal :

MONSIEUR LE DOCTEUR GAUCHERAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCHIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LABRY

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MATHIEU

MONSIEUR LE PROFESSEUR BANSSILLON

MONSIEUR LE PROFESSEUR POLLOSSON

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROCHET

Accoucheur des Hôpitaux.

Nous le remercions de ce qu'il a fait pour
nous aussi bien dans la Médecine qu'en
dehors d'Elle.

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOTTER

Qui nous a toujours prodigué ses meilleurs
conseils.

CESARIENNES SEGMENTAIRES ITERATIVES
ET STERILISATION
D'APRES L'ETAT DU MUSCLE UTERIN
ETUDE DE 218 OBSERVATIONS

CHAPITRE PREMIER

POSITION DU PROBLEME

Il est incontestable que la césarienne segmentaire basse a conquis droit de cité dans la technique des hystérotomies, mais nous voulons attirer l'attention sur un fait que chacun se plaît à reconnaître : la solidité réelle de la cicatrice portant sur le segment inférieur.

Au cours de césariennes itératives, il est fréquent de ne pas retrouver la trace de l'incision antérieure, et cependant le dogme de la stérilisation de la femme à la troisième hystérotomie a été élevé de telle façon que la section des trompes paraît le geste normal complémentaire d'une césarienne que l'on pourrait considérer comme devant être nécessairement la dernière.

Existe-t-il un amoindrissement de la solidité utérine à ce moment ?

A-t-on publié de nombreux cas de rupture au delà de la troisième césarienne ?

Les adhérences gênent-elles de plus en plus les interventions.

Avec les différents auteurs que nous citerons au cours de ce travail, nous allons essayer de voir à la lumière des observations recueillies à Lyon, dans les Maternités, quelle est la valeur de la cicatrice utérine dans les césariennes itératives faites au niveau du segment inférieur.

Nous éliminons volontairement de nos recherches les stérilisations faites au cours d'hystérotomies pour affection médicale (tuberculose, cardiopathie, néphropathie, etc...), n'ayant en vue que celles faites soit pour des raisons anatomiques, soit en se conformant au principe de la section tubaire à la troisième césarienne. De plus, nous n'avons étudié que les césariennes segmentaires faites pour dystocie pelvienne ou utérine, éliminant les itératives, pour placenta praevia ou pour présentation de l'épaule.

Dans le service du Pr. BANSSILLON qui nous a inspiré ce sujet, nous avons retrouvé seize observations de femmes, deux, trois ou quatre fois césarisées avec deux cas de stérilisation à la quatrième césarienne et une stérilisation à la deuxième. Elargissant nos recherches, nous avons regroupé 218 hystérotomies segmentaires itératives recueillies pour la plupart dans les Maternités lyonnaises et certaines retrouvées à la Maternité du Creusot durant ces dernières années. Il apparaît que, dans leur majorité, les résultats opératoires furent parfaits. Il s'agit donc d'une opération fréquente permettant de conserver la fécondité d'une femme avec le minimum de risques, alors que les nombreuses ruptures utérines après césarienne corporéale obligeaient de stériliser les parturientes à la deuxième césarienne.

Les thèses lyonnaises de NICOLOFF (1932), VEYRAT (1933), THOLON (1941), GOU (1948), DEROCHET (1949), DESSERT (1953), nous ont fourni de nombreux documents.

Le but de notre travail sera principalement d'essayer de préciser la plus ou moins bonne tolérance du muscle utérin vis-à-vis d'incisions répétées de sa région segmentaire et d'établir si la stérilisation systématique pratiquée à l'occasion d'une troisième césarienne doit être considérée comme une règle formelle.

CHAPITRE II

COMMENT SE COMPORTE L'UTERUS APRES L'INCISION DU SEGMENT INFÉRIEUR

CONSIDÉRATIONS RAPIDES SUR L'AVANTAGE DE L'INCISION DU SEGMENT INFÉRIEUR

La discussion sur les avantages incontestés de la césarienne segmentaire paraît définitivement close :

L'inutilité de l'extériorisation utérine,

Le choc opératoire moindre,

La possibilité de recouvrir l'incision utérine d'un lambeau de péritoine préalablement décollé,

L'incision d'une région plus élastique que contractile,

La section d'une zone utérine plus fonctionnelle qu'anatomique et qui disparaît une fois l'involution utérine terminée.

Tous ces faits sont à retenir et s'additionnent pour faire préférer dans l'immense majorité des cas ce procédé d'hystérotomie.

Il faut reconnaître encore que la région segmentaire résiste à l'infection, que la rupture à une gestation secondaire est rare, et exceptionnellement mortelle, que l'épreuve du travail est souvent possible, que la fertilité est conservée.

Les suites opératoires que tout chirurgien redoute à juste titre dans les interventions itératives furent presque toujours très simples dans les observations que nous publions.

Enfin, à la faveur des adjuvants thérapeutiques qui ont fait disparaître presque complètement les phénomènes infectieux au niveau de la cicatrice utérine, il semble que le risque de ruptures soit encore réduit (c'est ce que nous essayerons de démontrer dans ce travail), et cependant c'est précisément pour ce risque que l'on a conseillé de stériliser la femme trois fois hystérotomisée.

A. — VALEUR FONCTIONNELLE DE L'UTERUS ANTERIEUREMENT CESARISE

Ecrire que les grossesses secondaires à une hystérotomie sont fréquentes peut paraître une vérité trop connue. En effet, dès la première statistique mondiale importante, WETTERWALD retrouve 45 nouvelles naissances chez 100 opérées et JUNG conclut pour sa part, que 54 % environ des femmes antérieurement césarisées ont un deuxième enfant. Cependant, WETTERWALD lui-même, à la même époque, affirme que 15 % de ces grossesses itératives se terminent par un avortement. Etait-ce dire que l'utérus blessé tolère mal une gestation ultérieure,

Il paraît difficile d'expliquer cette importante proportion par des phénomènes strictement anatomo-physiologiques, et la nature ne doit pas être retenue comme seule responsable de ces fausses couches. De plus, il est reconnu que volontairement les femmes s'abstiennent de devenir enceinte si elles ont subi une ou plusieurs césariennes, fait qui diminue d'autant le nombre des grossesses secondaires décrites.

Dans une statistique récente, M. TRILLAT, à l'occasion de la publication d'une quatrième hystérotomie, fait un rapide résumé de ses recherches et trouve que sur 147 femmes césarisées, 43 eurent d'autres grossesses : 25 eurent deux césariennes, 7 en eurent trois, et une fut quatre fois hystérotomisée.

Dans sa thèse (1953) MUTEL signale que 91 femmes, césarisées à la Clinique Obstétricale de Lyon durant quatre ans, ont eu une nouvelle grossesse, l'accouchement se terminant facilement ou nécessitant une césarienne itérative.

Toutes ces publications tendent à prouver que l'utérus sectionné est aussi capable qu'un autre de permettre une gestation jusqu'à son terme en sachant bien qu'on ne peut conclure du mode de l'accouchement futur.

Le segment inférieur cicatrisé garde, comme cela a été démontré, son élasticité physiologique.

Le pouvoir contractile de la fibre utérine n'étant pratiquement pas diminué, l'expulsion spontanée peut se faire dans la moitié des cas, dans des bassins limites, aidés au besoin par

une prise de forceps, dans un but prophylactique, à dilatation complète.

L'accouchement par les voies naturelles, écrit MUTEL, ne présente aucun inconvénient si l'on prend les précautions qu'il juge indispensables; pas d'accouchement provoqué, pas d'oocytociques brutaux, en principe pas de manœuvres internes, sauf si absolue nécessité, s'appuyant sur les travaux de MAHON qui cite une rupture utérine survenue alors qu'il hâtait la fin du travail pour une souffrance fœtale, et de RIVIÈRE qui, après une prise de forceps, constate à la révision utérine une déhiscence de la cicatrice de la césarienne antérieure. Conservant en mémoire que le muscle utérin fut sectionné, on peut conclure qu'une nouvelle gestation sera possible, pas nécessairement dangereuse, et se terminera souvent spontanément et, si besoin est, une deuxième césarienne ne paraîtra pas augmenter en de notables proportions les risques de rupture utérine ultérieure.

B. — LA RESISTANCE DES CICATRICES DU SEGMENT INFÉRIEUR

Si plusieurs auteurs pensaient encore en 1926 que la cicatrice portant sur le segment inférieur était moins solide que sur le corps, on ne trouve actuellement personne pour soutenir cette affirmation. Dès 1910, OLOW peut publier 30 cas d'accouchements après césarienne basse sans rupture. DOBROSCHKI fait 20 césariennes itératives sans aucun incident et LICHTENSTEIN prouve la résistance de la cicatrice à une poussée d'hydramnios importante.

Cependant, au Congrès de Paris en 1921, LEGUEUX émit des craintes sur cette solidité, tandis que GAIFANNI conclut après onze césariennes itératives basses que la confiance dans la cicatrice sur le fond utérin ne doit pas être aussi aveuglément opposée à la méfiance à priori quant à la résistance de la cicatrice du segment inférieur.

En 1927, ARNALDO de MOREAS apporte des observations brésiliennes sur la bénignité et la simplicité des césariennes segmentaires itératives. En 1934, CAVALIÈRE, de Naples, s'ap-

puyant sur les expériences de CALVANICO, affirme au Congrès Italien d'Obstétrique que, s'il n'y a pas eu de suppuration, la cicatrice n'est pas un lieu de moindre résistance. Attirant l'attention, sur le danger des suites opératoires fébriles, celui-ci insiste sur l'éventualité plus fréquente des déhiscences utérines au cours d'une gestation secondaire à une césarienne troublée par un élément infectieux.

Confirmant cette opinion, M. TRILLAT pense que les phénomènes inflammatoires post-opératoires diminuent dans de notables proportions la résistance aux cicatrices ultérieures.

MOLOFF allait jusqu'à prétendre qu'il fallait arrêter le cours de la grossesse, ou stériliser les femmes enceintes qui avaient subi une césarienne avec des suites fébriles, la rupture pouvant, selon lui, se produire au cours de la grossesse sans aucun signal d'alarme.

Par contre, WOLFF et BUNM croient que, malgré la pyrexie des suites opératoires, la cicatrice est bonne. ERBSLOH montre même que, dans 55 ruptures utérines, les suites avaient été simples dans 25 % des cas. Une cicatrice peut guérir par deuxième intention dans des cas sans température et inversement guérir per-primam malgré la température et les suites compliquées.

Quoiqu'il en soit, les accouchements spontanés, après césarienne basse, sont la preuve de la valeur de l'incision segmentaire.

En 1948, VERMELIN publie 407 hystérotomies dont 107 ont été suivies d'une ou plusieurs grossesses sans aucune rupture, le segment inférieur gardant, affirmait-il, son élasticité.

Malgré les dangers que représentaient, pour certains, ces interventions, LICHTENSTEIN put faire une version par manœuvres internes pour des jumeaux dans un utérus antérieurement césarisé. BRUNEAUD provoque cinq fois des accouchements prématurés chez des femmes hystérotomisées; DOBROSCHKE, dans sa thèse, suit 29 grossesses terminées spontanément après hystérotomie. Dans les observations publiées dans ce travail, on retrouve des épreuves du travail poussées assez loin, sous surveillance chirurgicale, jusqu'à 60 heures.

Quelles sont les raisons de cette solidité segmentaire s'opposant à la relative fragilité des cicatrices de césariennes corporéales ?

Au Congrès de Paris (1921) SCHICKÈLE et HENNEBERG reconnaissent que la cicatrisation de la plaie utérine semble être favorisée par différents facteurs :

— La suture utérine est placée sur la partie immobile au cours des suites de couches, ce qui permet une coalescence plus exacte. Il n'existe pas de rétraction des bords musculaires du fait de l'absence de contraction.

— Le siège de l'incision se trouve en dehors du véritable domaine de l'involution utérine.

— Les hémorragies locales post-opératoires sont rares au niveau du segment inférieur.

— La plaie est bien protégée contre l'infection par la péritonisation.

— Enfin et surtout, ce qui paraît le plus important pour de nombreux auteurs, il est rare qu'à une grossesse suivante le placenta s'insère au niveau du segment inférieur, supprimant ainsi une des causes essentielles de rupture. L'action histolytique du syncytium ovulaire s'exerce, en effet, avec plus de vigueur sur des fibres musculaires dégénérées que sur des fibres saines et fréquemment la rupture utérine a pour cause l'insertion placentaire au niveau de la cicatrice.

Donc avec NICOLOFF on peut affirmer la résistance de cette cicatrice, se rappelant qu'il sera toujours opportun de vérifier l'intégrité du segment déjà sectionné après un accouchement spontané, par une délivrance artificielle systématique.

L'examen histologique nous prouvera, s'il le faut encore, la résistance du muscle utérin cicatrisé.

Examens histopathologiques.

Le segment inférieur, n'acquérant ses caractères qu'au cours du travail aux dépens du développement de l'isthme, est surtout constitué par des éléments conjonctifs avec prédominance de fibres élastiques. Le tissu contient des fibres musculaires longitudinales disposées en lamelles superposées. La muqueuse, très différente de celle du col, se rapproche de celle du corps, plus mince et plus tomenteuse cependant, les cellules déciduales y étant plus petites.

Que se passe-t-il après incision du segment inférieur ?

D'après les travaux de KRAUSE, MARCHAND, HUECK, ERBSLOH, il tend à ressortir que les plaies opératoires guérissent d'autant mieux que le trajet de l'incision suit le sens des fibres musculaires. La section transversale provoque plus d'altérations que celle longitudinale où la réaction conjonctive sera moindre, donc la régénération musculaire meilleure.

LENCZOWISKI, recherchant les causes de ruptures utérines, a fait une série d'examens microscopiques au niveau de fragments pris au cours de césariennes segmentaires.

Les changements observés sont d'autant plus grands que le segment inférieur est plus distendu et donne lieu à quatre catégories de lésions :

- 1° l'œdème du tissu conjonctif dépasse la normale;
- 2° il envahit les fibres musculaires, surtout les fibres transversales, leur donnant un aspect réticulé.
- 3° Les symptômes de dégénérescence apparaissent. La nécrose atteint les fibres transversales, tandis que les fibres longitudinales continuent à être soumises à la distension.
- 4° Lésions proches de la rupture : on constate une altération des parois des vaisseaux longitudinaux et la rupture des parois des vaisseaux transversaux.

Telles sont les lésions que l'on trouverait après un travail long ayant distendu au maximum le segment inférieur prêt à se rompre.

MATTEACE, de Rome, publiant cinq examens histologiques après hystérectomie (3 pour ruptures utérines, 2 pour menaces de ruptures) montre qu'il n'y a pas de processus de dégénérescence, bien que dans certains utérus, il trouve d'importantes infiltrations à petites cellules. Par contre, sur toutes les pièces examinées, il constate une atypie morphologique plus ou moins marquée de la musculature des fibres longitudinales, cette altération anatomique diminuant évidemment la résistance des parois, en jouant un rôle important dans la pathogénie des ruptures.

GAIFANNI, le premier, dans la Clinique de PESTALOZZA, a examiné un utérus ayant été extirpé après une deuxième césarienne basse : il ne trouve pas trace macroscopique de l'inci-

sion et surtout l'examen microscopique prouve la reconstitution ad intégrum du segment.

M. TRILLAT à Lyon, publie aussi un examen histologique après une deuxième hystérotomie qui ne montre que du tissu utérin normal sans trace de suppuration. On retrouve facilement les trois couches : une bande de tissu scléreux, une bande de tissu musculaire, avec ilots conjonctifs représentant vraisemblablement les trous des points de suture du Catgut, le tissu utérin normal.

Ayant pu faire examiner au microscope un fragment utérin correspondant à l'ancienne cicatrice opératoire au cours d'une troisième césarienne, pratiquée à la Clinique Obstétricale (Observation : 172), nous avons reçu du Docteur PLAUCHU la réponse suivante : aucune lésion importante, muscle utérin pratiquement normal. Pas de lésions vasculaires.

COUVELAIRE, au contraire, affirme qu'il n'y a pas de reconstitution intégrale : il y a toujours une bande de tissu scléreux entre les deux lèvres de la plaie.

CHATILLON insistait avec BUTTNER, pour assurer la solidité de la cicatrice, sur le fait de ne pas prendre, en suturant la couche musculaire interne, la muqueuse, car VON KÜSTNER aurait constaté une épithélialisation des canaux de passage des sutures si on ne la respecte pas, créant ainsi une zone fragilisée de la cicatrice segmentaire.

Histologiquement, il paraît prouvé que cette cicatrice, dans la majorité des cas, est résistante au plus haut point, puisque souvent la trace même de son existence a totalement disparu.

Physiologiquement, WOLFF et BLUMM ont pu constater un amincissement notable de la cicatrice sans rupture; ERBSLOH s'appuyant sur les travaux de MASON évalue sa résistance à une pression de 13,5 kilogs pour 2,5 cm², ce qui paraît considérable.

Tout tend donc à faire admettre que les sections répétées au niveau du segment inférieur ne conduisent pas à un amoindrissement de plus en plus marqué, comme on pourrait mathématiquement le croire de la résistance musculaire.

CHAPITRE III

RUPTURES DE CICATRICES UTERINES BASSES

Nous ne tendons pas à vouloir démontrer, et cependant, tout ce que nous avons écrit tendrait à le prouver, que le risque de rupture utérine est nul après hystérotomie basse. Nous ne pouvons oublier tous les travaux publiés depuis sa mise en pratique dans l'obstétrique courante.

— Après césarienne haute, on admet qu'une femme a un risque sur cent de rompre son utérus, durant une grossesse consécutive. Au moment du travail pour DIGONNET et CLÉMENT, ces risques s'élèvent à un sur 30. Nous concluerons avec MORISSON-LACOMBE qu'il y aurait en définitive 4 % de ruptures utérines secondaires à une hystérotomie corporeale.

Après césarienne basse, ce pourcentage est considérablement abaissé. HAUCH, en 1923, publie huit observations. GELLÉE en trouve, en 1926, 22 dans la littérature, considérant qu'il n'y avait d'ailleurs, que 18 déchirures vraies du segment inférieur et il fait remarquer que cette proportion porte sur 5.000 observations environ d'hystérotomies basses.

Si l'on admet que presque tous les cas de ruptures ont été publiés, et si l'on calcule le pourcentage d'après le nombre connu de femmes revenues enceintes, on aurait trouvé pour 400 grossesses nouvelles, une seule déhiscence décrite par WETTERWALD, pourcentage incomparablement inférieur aux meilleures statistiques des césariennes hautes.

Nous citerons enfin M. TRILLAT qui, dans une statistique sur 21 anciennes césariennes basses vues au cours de gestation ultérieure, ne signale qu'un cas où la rupture serait imminente.

La thèse de BONNET (1934) tend à démontrer que si l'hystérotomie a été franchement segmentaire, le risque de rupture semble nul. Il augmente légèrement si l'incision devient segmento-corporeale. Avec COLMEIRO, retrouvant dans la littéra-

ture 253 ruptures sur 310.000 observations, nous retiendrons la proportion de 8,5 pour 10.000.

A. — Etude clinique.

Cette rupture, si elle a lieu, est très souvent silencieuse. Elle peut même être une découverte opératoire, comme nous le montrerons dans nos observations, confirmant les publications faites par DESNOYERS. Son insidiosité s'oppose au type classique de la rupture dramatique d'une cicatrice corporéale; un simple malaise, une courte lipothymie, une sensation de bien-être accusée parfois par la malade dont les douleurs ont pu disparaître. C'est un véritable tableau trompeur de « Fausse inertie par épuisement » avec arrêt du travail, mort du fœtus et à l'intervention, hémorragie plus ou moins importante intrapéritonéale. Le plus souvent, les bords de la rupture sont épais et hémorragiques, parfois fibreux et complètement exsangues. Celle-ci peut intéresser complètement la cicatrice; dans la majorité des cas, elle est incomplète, sous-péritonéale et rétro-vésicale. Le danger extrême vient de la fusée possible vers le corps, entraînant une rupture corporéale, et de l'extension à la vessie du fait de la sclérose qui existe fréquemment à la suite d'une césarienne, au niveau de l'espace vésico-utérin.

JAGER publie un cas de rupture mixte vésico-utérine, l'hématurie révélant la lésion vésicale. SCHEBAT et LAFFARGUE citent une observation superposable.

Mais quelquefois, alors que l'on est en droit de s'attendre à trouver une déhiscence d'ancienne cicatrice, de nombreux auteurs décrivent des déchirures segmentaires certes, mais en dehors de celle-ci. RIVIÈRE trouve une rupture perpendiculaire à l'incision primitive. Dans la thèse de BRES, LAFFONT et FARAGGI précisent que, dans deux observations de rupture spontanée survenue sur un segment inférieur antérieurement césarisé, les lésions n'intéressent pas la cicatrice opératoire, laquelle s'était révélée plus résistante que la portion saine environnante.

Mais ce qu'il faut signaler avec insistance, reprenant les affirmations de M. TRILLAT, c'est que cette rupture de la cicatrice utérine segmentaire ne se produit qu'au moment du

travail et jamais pendant la grossesse. L'épreuve du travail que l'on est tenté de faire dans des bassins limites si le fœtus n'est pas trop volumineux, ne doit pas être longue et doit toujours se faire en milieu obstétrical. Il est dangereux de provoquer l'accouchement par des moyens médicamenteux, s'efforçant de réduire au minimum les contractions utérines si le bassin est nettement chirurgical.

Par ailleurs, le fœtus ne passe jamais dans la cavité abdominale, surtout au cours des césariennes itératives, les adhérences périsegmentaires isolant la grande cavité.

B. — Conduite à tenir.

Si l'on se trouve en présence d'une rupture, quelle est la conduite à tenir ?

Suture utérine ou hystérectomie ? Il paraît préférable de se rallier à la première opération. M. TRILLAT écrivait : « Le traitement classique est l'hystérectomie subtotale; mais c'est une opération longue, difficile, hémorragique, donc grave chez une femme, le plus souvent choquée fortement, et très souvent anémiée d'une manière importante. Dans ces conditions, la suture utérine est indiquée, toujours complétée par un drainage vagino-cervico-abdominal, et la mise en place d'un Mickulicz ».

M. POLLOSSON s'est élevé contre ce qu'avait à son sens de trop absolu l'équation : rupture utérine = Hystérectomie, appuyant M. LABRY qui pense que la suture est souvent réalisable. M. BANSSILLON, pour sa part, croit que dans ce choix, doit surtout intervenir le siège anatomique de la rupture : Il ne faut pas suturer les lésions latérales intéressant plus ou moins gravement le ligament large.

LAFFONT affirmait de son côté que la suture lui a permis de sauver près de 90 % de ses ruptures segmentaires.

De toute façon, une déhiscence utérine constatée sur un utérus antérieurement césarisé devra, sauf cas particulier, entraîner comme corollaire la stérilisation immédiate ou retardée.

Il existe donc une parade assez aisée aux ruptures utérines, d'autant plus que toute femme ayant subi une hystérotomie devra accoucher sous surveillance spécialisée.

Il ne faudrait pas cependant conclure que les cicatrices segmentaires soient parfaitement anodines. L'incision du muscle engage l'avenir des femmes en entraînant des troubles de la contraction utérine, surtout dans les cas d'adhérences utéro-pariétales, et l'on ne peut pousser au maximum l'épreuve du travail.

La faiblesse de la cicatrice est difficilement prévisible. L'infection de la plaie étant la cause la plus fréquente, il faut ajouter les conséquences dues à des fautes techniques opératoires, telles que les sutures trop serrées ou trop lâches. Aucune déduction n'est possible de la seule considération de l'évolution clinique de la 1^{re} césarienne ou du fait d'un accouchement ultérieur par les voies naturelles.

Un fait nous a spécialement frappé : c'est la rareté des ruptures suivant les deuxièmes césariennes chez des femmes dont la résection tubaire systématique n'avait pas été pratiquée. Nous n'avons trouvé au cours de nos recherches portant sur 20 années que ces deux observations :

— DESNOYERS publie une rupture segmentaire se produisant juste avant la 3^e hystérotomie chez une femme ayant eu une césarienne segmentaire et une césarienne segmento-corporeale, cette rupture se faisant sans syndrome cataclysmique, sans hémorragie importante, sans altération de l'état général.

— DIGONNET, en 1939, fit une hystérectomie pour une déhiscence segmentaire survenue à la 3^e grossesse après une épreuve du travail de 24 heures.

Aucune rupture n'est signalée après 3 césariennes ; or, c'est justement pour les éviter que l'on stérilise les femmes. Doit-on conclure que les précautions prises chez une malade plusieurs fois hystérotomisée sont telles que les risques sont réduits à néant ? — Sur quel fait alors doit-on s'appuyer pour pratiquer la section des trompes si souvent effectuée à la 3^e césarienne ?

Peut-on écrire, avec POTOCKI : « Les ruptures redoutées sont des ruptures presque infailliblement évitées, parce que l'accoucheur fera le nécessaire pour les empêcher de se produire et parce que, à chacun des états pathologiques, qui abandonné à lui-même aboutirait à la rupture utérine, correspond un traitement approprié qui, institué en temps opportun, mettra à l'abri de cette rupture. »

Sans entrer complètement dans ces vues, nous analyserons plus loin les éléments qui pourront néanmoins faire envisager par prudence la stérilisation.

CHAPITRE IV

PRINCIPALES DIFFICULTES OPERATOIRES RENCONTREES AU COURS DES CESARIENNES ITERATIVES

Avant de pratiquer une césarienne itérative, il est bien difficile de prévoir les remaniements anatomiques résultant de la première intervention.

— La cicatrice abdominale est parfois chéloïde (une observation dans notre statistique n° 216), très souvent parfaite, mais il y a souvent intérêt à la réséquer.

— L'aponévrose est épaisse, plus résistante en général que normalement, à incision quelquefois délicate, car l'on risque toujours une adhérence intestinale à la paroi (2 de nos observations).

— La ligne blanche recréée, on isole souvent facilement les deux muscles grands droits, ayant toujours avantage à les retrouver pour éviter, à la reconstitution pariétale, une déhiscence importante, créatrice de ces éventrations assez fréquentes (4 cas).

— L'ouverture du grand ventre est plus ou moins aisée. Dans la thèse de NICOLOFF sur les césariennes itératives, il y a peu d'adhérences décrites. ANDÉRODIAS signalait que dans la moitié des cas, les conditions de la 2^e opération sont celles de la première.

— Les adhérences épiploïques, selon LAFFONT, ne gêneraient jamais l'ouverture du péritoine. DIGONNET, dans sa statistique, sur 299 cas de césariennes basses, dont 53 itératives, ne trouve que peu de difficultés à l'abord de l'utérus : les adhérences péritonéales ou épiploïques sont lâches.

DUVILLIER signale une fois l'impossibilité de pratiquer une 3^e césarienne segmentaire par suite d'adhérences très développées au niveau du S. I.

M. TRILLAT, à propos de 51 hystérotomies itératives, publie avec M. MAGNIN, une statistique apprenant que dans :

- 25 % des cas, il a trouvé des adhérences épiploïques ou intestinales (ANDÉRODIAS donnait le chiffre de 16 %).
- 4 % des cas le péritoine était anormalement friable.
- 1 fois les adhérences étaient telles que le péritoine viscéral était soudé au péritoine pariétal, entraînant une exclusion de la grande cavité.

RIVIÈRE, au cours de 11 césariennes itératives, constate que, si l'on a quelques difficultés à reconnaître les différents plans, on a par contre l'avantage de faire une intervention extra-péritonéale peu choquante et dont les suites sont très simples. Il admet de plus que, dans ces exclusions, il existe une double contre-indication à la stérilisation :

- Cette dernière ne doit s'effectuer que si la malade court un risque en cas de grossesse ultérieure; or, les césariennes basses itératives extra-péritonéales sont bénignes.
- Il est d'ailleurs impossible de lier les trompes. Il faudrait faire une incision plus élevée et pénétrer dans la grande cavité péritonéale, ce qui serait plus dangereux qu'une césarienne à venir.

Les adhérences épiploïques que l'on lie, intestinales que l'on libère, ne sont pas dangereuses. Plus ennuyeuses sont les adhérences vésico-utérines. Le péritoine pré-utérin est difficile à décoller sans le déchirer en raison de sa minceur; parfois la vessie est très adhérente au segment inférieur, ce qui oblige à abandonner le décollement inter-vésico-utérin et à agrandir l'incision vers le haut.

(Les adhérences seraient moins fréquentes pour CHOMÉ si on a eu le soin au cours de la précédente intervention d'interposer entre la face postérieure de la vessie et la ligne de suture du segment le lambeau péritonéal supérieur).

L'abord du segment est conditionné par le refoulement de

la vessie, et l'on s'efforce de retrouver la ou les cicatrices antérieures.

KELLER peut écrire : « La zone musculaire segmentaire intéressée par l'incision antérieure ne nous a jamais parue se révéler ni par une coloration plus pâle du muscle, ni par l'endroit des points de suture, ni par du tissu scléreux cicatriciel, ni par la minceur de la paroi ».

SCHICKÈLE, en 1926, n'avait qu'une fois constaté une mince ligne blanche sur le segment, assurant que celui-ci était rarement aminci.

HAUCH, rapportant les observations de BLACKER et MARTIN au cours de césariennes itératives, constate que les plaies sont si parfaitement guéries qu'il leur fut impossible de retrouver la cicatrice, rejoignant les vues optimistes de WETTERWALD.

Pour ANDÉRODIAS et BALARD, il existe un amincissement du segment inférieur sur 15 cas. VAN DOLSEN n'en aurait jamais vu, et DOBROSCKE, dans sa thèse, n'en cite que peu d'observations confirmant les travaux de LAFFONT et de PHANEUF. Dans nos observations, il existe cependant 3 cas de déhiscence segmentaire sur 218 césariennes itératives.

Parfois la cicatrice utérine est fibreuse et dans ces cas, il y aurait intérêt à la réséquer en totalité avant la fermeture de l'utérus.

Nous étudierons dans le chapitre suivant les avantages des incisions segmentaires longitudinales ou transversales.

La nécessité d'une bonne suture s'impose d'autant plus que l'utérus a été plusieurs fois sectionné, elle se fait en deux plans : un plan suturant le segment inférieur dans toute son épaisseur, un plan superficiel recouvrant le précédent.

Les points séparés donnent plus de garantie que le surjet. On surveillera surtout la fermeture de l'extrémité inférieure respectant la muqueuse pour ne pas l'incorporer dans les lèvres de la plaie.

La paroi abdominale sera souvent fermée au fil de bronze pour éviter les éventrations.

Donc dans l'ensemble des observations, celles que nous avons retrouvées dans la littérature et les nôtres (2^e, 3^e, jusqu'à 6^e césarienne) peu de difficultés opératoires justifient à l'intervention une stérilisation par section tubaire. M. TRILLAT

concluait dans la thèse de NICOLOFF que la gravité d'une césarienne basse itérative, voire bi-itérative, ne dépasse pas celle d'une première césarienne. L'état du segment inférieur n'est jamais défavorable malgré de longues épreuves de travail; cette opération, écrit-il, laisse « peu de séquelles ».

Influence de l'incision longitudinale ou transversale du segment inférieur.

Afin de considérer toutes les données du problème qui consiste à s'assurer de la valeur de la cicatrice segmentaire, nous rappellerons quelques notions sur l'incision même de ce segment.

Faite au bistouri sur le segment inférieur et portant sur 4 à 5 cm., celle-ci agrandie au doigt, est le plus souvent à Lyon longitudinale sur la partie médiane presque exsangue. Elle occupe toute la partie découverte par la section péritonéale, ne dépassant pas ses limites si le segment inférieur est bien constitué; parfois cette incision se prolonge sur le corps, se rapprochant ainsi de celle utilisée par AUDEBERT dans sa technique de la césarienne segmento-corporéale.

Parfois, elle est transversale de telle façon, qu'elle sera plus rigoureusement segmentaire. Si elle présente cet avantage fort important, le danger d'atteindre les pédicules utérins, l'extraction difficile de l'enfant sont deux raisons majeures dans son utilisation limitée.

Nous ne voulons pas dans ce travail prendre position pour ou contre ces deux modes d'incision. Dans nos observations, les techniques des césariennes pratiquées par différents auteurs se superposent sur presque tous les points, sauf sur celui-là, mais ce n'est que dans une dizaine de cas que la section segmentaire fut transversale. Il semble que les raisons données par GRASSET prédisposent à pratiquer les incisions longitudinales : « au cours du travail, les contractions utérines agissent suivant des lignes de force verticales et aboutissent au classique démusclage du segment inférieur qui s'amincit de plus en plus et se trouve étiré. Les ruptures utérines se produisent au point d'élongation maximum suivant une ligne transversale, rupture d'autant plus facile que la section antérieure fut transversale.

Dans les cas de césarienne longitudinale, le danger est moindre, car la cicatrice est bien orientée, le péritoine et le segment inférieur ont des incisions à direction perpendiculaire, donc les remaniements anatomiques au cours du travail étirent la cicatrice et ne l'écartent pas ».

CHAPTRE V

LA STÉRILISATION

Ce fut BLUNDELL qui le premier eut une idée nette, en 1819, de la stérilisation tubaire. Il écrivait alors :

« Pour écarter l'éventualité d'avoir à pratiquer la césarienne une deuxième fois, l'opérateur devrait, à mon avis, avant de fermer l'abdomen, faire l'ablation d'un fragment de la trompe de FALLOPE des 2 côtés, de manière à interrompre son trajet. Leur simple section devrait être suffisante pour obtenir la stérilité; mais l'enlèvement d'une partie du conduit me paraît être un procédé plus sûr et je recommande cette précaution comme un perfectionnement de l'opération. »

La simple ligature paraît certainement insuffisante. LEROUX, de Nantes, peut publier, en 1952, une nouvelle grossesse après une 3^e césarienne basse longitudinale complétée par une ligature bilatérale des trompes.

A. — Sa technique.

Procéder à une stérilisation au cours d'une hystérotomie itérative, ne doit pas faire oublier une condition capitale à l'avenir de la femme définitivement stérile : respecter au maximum la vascularisation des ovaires.

La résection tubaire bilatérale, avec enfouissement du moignon utérin proximale, est une véritable chirurgie orthopédique :

Il ne faut pas employer de grosses pinces. Il ne faut pas se servir de bistouri électrique pour réséquer les trompes.

Donc la technique la plus simple est la suivante :

- Section tubaire de 4 à 6 centimètres depuis la corne utérine, celle-ci sera faite au bistouri, ne lésant pas la circulation sous-tubaire.
- Enfouissement, à la manière de celle employée dans les appendicectomies, du moignon tubo-utérin.
- Petite ligature sur la partie ampullaire de la trompe qui fait corps avec l'ovaire : véritable attelage tubo-ovarien.
- On peut, pour terminer, suspendre l'ovaire près de la corne utérine en raccourcissant le ligament utéro-ovarien. En effet, la chute ovarienne, qui est la conséquence de la section tubaire, est capable d'engendrer des douleurs pelviennes identiques à celles observées, après salpingectomie pour affection des trompes, par un ovaire non fixé.

Les difficultés opératoires, pour atteindre les trompes, sont souvent telles (adhérences sigmoïdiennes, exclusion du segment inférieur) que l'on doit renoncer à leur résection durant la césarienne.

Il devient alors indispensable, pour ne pas être dangereux et pour ne pas prolonger inutilement l'intervention, de différer cette stérilisation. Celle-ci sera faite, soit au cours d'une réfection pariétale par exemple (Observation 217), soit au cours d'une laparotomie faite à cette intention (Observation 218).

B. — Légitimité de la stérilisation.

Bien que ne voulant pas aborder sous l'angle strictement confessionnel la légitimité de la stérilisation, nous avons cru bon de nous appuyer sur un extrait du discours du Pape Pie XII (28 octobre 1951) paru dans un Bulletin de la Société Médicale de St Luc (Janvier 1952) pour justifier, si besoin est, celle-ci.

Après avoir condamné l'avortement « attentat direct à la vie de l'innocent », le Pape poursuit : « Si la conservation de la vie de la future mère, indépendamment de son état de grossesse, exigeait d'urgence une intervention chirurgicale ou une autre action thérapeutique qui aurait pour conséquence accessoire « nullement voulue ni cherchée, mais inévitable » la

mort de l'embryon, un tel acte ne pourrait plus être qualifié d'attentat direct à une vie innocente. Dans ces conditions, l'opération peut être licite, comme le serait d'autres interventions médicales similaires, pourvu toutefois qu'il s'agisse d'un bien de valeur élevée comme la vie, qu'il ne soit pas possible de renvoyer l'opération après la naissance de l'enfant ni de recourir à un autre remède efficace ».

D'après ce texte pontifical, il est facile de préciser la position suivante :

Un utérus antérieurement césarisé dont le segment inférieur ou la cicatrice se sont dangereusement amincis, représentent des organes dont la fonction est très gravement compromise. On a pu craindre une possibilité de rupture pour la grossesse actuelle, on peut la considérer comme très probable au cours d'une gestation ultérieure. Il s'agit donc d'un utérus blessé à mort, devenu inutile et même dangereux. Son ablation pourrait être envisagée aussi bien que celle d'un utérus fibromateux ou néoplasique. Elle serait parfaitement licite.

Pour faire courir à l'intéressée des risques moindres, on préfère pratiquer une opération minime de stérilisation, infiniment moins choquante qu'une hystérectomie, qui conserve à une femme jeune son équilibre hormonal. Cette intervention sera suffisante pour mettre au repos définitif un organe qui ne peut plus remplir son rôle et qui est devenu dangereux.

L'analyse objective des faits, les précisions récentes fournies par un texte pontifical, représentent à notre avis la licéité d'une semblable ligne de conduite dans les cas particuliers qui sont à la base de notre travail.

C. — L'évolution du problème de la stérilisation.

En 1819, BLUNDELL, comme nous l'avons dit précédemment, posait les premières indications de la stérilisation après une césarienne corporeale. Il est intéressant de suivre l'évolution du problème de la stérilisation depuis que l'hystérotomie segmentaire a pratiquement partout détrôné la césarienne haute.

En 1926, WETTERWALD conseillait la stérilisation au cours de la deuxième césarienne basse.

En 1929, au 8^e Congrès de Bruxelles des gynécologues et obstétriciens de langue française, BURGER soutient WETTERWALD, mais les avis restent très partagés et si KAHNER, GOENNER veulent stériliser à la première césarienne, KROENIG, SPENCER, WINTER refusent toute stérilisation après n'importe quelle hystérotomie.

D'autres positions vont être encore défendues par DOLÉRIS, LABHARTD, ENGELMANN, mais chacun va tendre à se rattacher à la thèse de COUVELAIRE : il y a indication de stériliser une femme après la troisième césarienne si ses enfants sont vivants.

En Amérique, SWIFT prônait en 1924 la stérilisation à la 4^e césarienne, mais HOFMEIER, de WURTZBOURG, publiait à la même époque une statistique montrant que :

19 %	des femmes sont stérilisées après la première césarienne,
13 %	— — — — — la deuxième césarienne,
36 %	— — — — — la troisième césarienne,
100 %	— — — — — la quatrième césarienne.

Daniel J. Mac. SWENNCY a pu pratiquer huit césariennes classiques hautes et une césarienne basse chez la même femme, mais c'est la seule observation que nous ayons retrouvée dans la littérature et encore s'agissait-il de césariennes corporéales.

En 1939, DIGONNET, suivant le dogme, publie 53 césariennes itératives avec 4 césariennes bi-itératives et stérilisation complémentaire.

La même année, MM. TRILLAT et AMBRE pratiquent une 4^e césarienne chez une femme et ne la stérilisent pas.

Le Dr BROCHIER dit, dans la thèse de GOU (1948) que la stérilisation à la 3^e césarienne est justifiée par le fait qu'il se produit au niveau de la laparotomie une organisation de la cicatrice avec formation de tissus fibreux qu'il est difficile d'inciser et de suturer lors des nouvelles incisions.

DEROCHET écrit dans sa thèse (1949) sur deux cents césariennes basses, qu'après consultation de l'intéressée on pratique en principe, la stérilisation après la troisième césarienne à la clinique obstétricale de Lyon (Pr. PIGEAUD).

Certains auteurs pratiquent cependant parfois jusqu'à six hystérotomies itératives. Mais nous n'avons pu retrouver dans la littérature d'observations démontrant qu'une femme a subi plus de six césariennes segmentaires basses, malgré nos recherches effectuées jusqu'à l'année 1921.

Il semble que l'on puisse dire actuellement que la question soit en nette évolution et que l'on puisse discuter la stérilisation systématique au cours d'une troisième césarienne, nous réservant d'étudier plus loin à la lumière des observations cet important problème

OBSERVATIONS

Pour faciliter la lecture de nos observations, nous les avons rangées suivant le plan ci-dessous :

1. LES CÉSARIENNES NON SUIVIES DE STÉRILISATION : 1 à 179.

a) *Les césariennes itératives* : 1 à 156.

I. *Après épreuve du travail* : 1 à 77.

- A) Sans anomalie anatomique : 1 à 63.
- B) Avec adhérences gênantes, mais bon état du muscle utérin et de sa cicatrice : 63 à 74.
- C) Avec anomalie du muscle utérin : 74 à 77.

II. *Prophylactique* : 77 à 161.

- A) Sans anomalie : 77 à 144.
- B) Avec adhérences gênantes mais bon état du muscle utérin et de sa cicatrice : 144 à 155.
- C) Avec anomalie du muscle utérin : 155.

b) *Les césariennes bi-itératives* : 156 à 175.

I. *Après épreuve du travail* : 156 à 161.

- A) Sans anomalie : 156 à 158.
- B) Avec adhérences gênantes, mais bon état du muscle utérin et de sa cicatrice : 158 à 161.
- C) Avec anomalie du muscle utérin : 0

II. *Prophylactique* : 161 à 175.

- A) Sans anomalie : 161 à 170.
- B) Avec adhérences gênantes, mais bon état du muscle utérin et de sa cicatrice : 170 à 175.
- C) Avec anomalie du muscle utérin : 0

c) *Les césariennes multiples* : 175 à 179.

I. *Après épreuve du travail* : 175.

II. *Prophylactique* : 176 à 179.

2. LES CÉSARIENNES SUIVIES DE STÉRILISATION : 179 à 218.

a) *Les césariennes itératives.*

Après épreuve du travail : 179 à 181.

b) *Les césariennes bi-itératives* : 181 à 212.

I. *Après épreuve du travail* : 181 à 194.

A) Stérilisation systématique : 181 à 192.

B) Stérilisation pour altération anatomique : 192 à 194.

II. *Prophylactique* : 194 à 212.

A) Stérilisation systématique : 194 à 207.

B) Stérilisation pour altération anatomique : 207 à 212.

c) *Les césariennes multiples* : 212 à 216.

I. *Après épreuve du travail* : 212 à 214.

A) Stérilisation systématique : 212.

B) Stérilisation pour altération anatomique : 213.

II. *Prophylactique* : 214 à 216.

A) Stérilisation systématique : 214.

B) Stérilisation pour altération anatomique : 215.

d) *Stérilisations retardées.*

I. Césarienne itérative : 216 à 218.

II. Césarienne tri-itérative : 218.

I. — LES CESARIENNES ITERATIVES SANS STERILISATIONS COMPLEMENTAIRES

A. — LES CESARIENNES ITERATIVES

I. — Après épreuve du travail

A. — Sans anomalies anatomo-pathologiques.

OBS. 1. — Le 5 juillet 1950. Obs. clin. 1581 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme T., 19 ans, 2 G., 2 P. : 2 césariennes.

Bassin G. R. de 9 cms de D. U.

A. M. : Kératite tuberculeuse.

A. O. : 1949 césarienne fille, 3650 gr.

Grossesse actuelle normale. A. P. : 5 juin.

Entre le 5 juillet à 18 heures.

Début des douleurs depuis 4 heures : épreuve du travail négative (10 heures).

Intervention sous A. G.

Pas d'adhérences. Péritoine facilement clivable au niveau du S. I.

Incision longitudinale.

Extraction d'un garçon de 3750 gr. ranimé en 10 minutes.

Suture de l'utérus en 2 plans. Fermeture totale.

Suites parfaites.

OBS. 2. — Le 24 mars 1949. Obs. clin. 665 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme J., 35 ans, 2 G., 2 P. : 2 césariennes.

Bassin G. R.

A. M. : chorée, croup.

A. O. : 1943, Césarienne à terme garçon 3150 décédé.

Grossesse actuelle normale. A. P. : 16 mars.

Entre le 24 mars. Col perméable à 1 doigt effacé.

Rupture artificielle de la P. E.

Epreuve du travail négative (10 heures) : tête non adaptée.

Intervention sous A. G.

C. basse segmentaire pure sans que l'on retrouve la cicatrice de l'ancienne hystérectomie.

Extraction d'une fille de 3600 grs.

Suture utérine en 2 plans. Péritonisation. Fermeture en 3 plans.

Suites simples sous Pénicilline. Lymphangite à la 3^e semaine. Guérison.

OBS. 3. — Le 17 octobre 1948. Obs. clin. 2520 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme B., 34 ans, 2 G., 2 P. : 2 césariennes.

Bassin A. et G. R.

A. O. : 1940. Hystérectomie à terme, garçon vivant 3100 gr.

Grossesse actuelle normale. A. P. : 25 octobre.

Le 17 octobre à 4 heures, début du travail. Après 15 heures, épreuve du travail négative.

Intervention sous A. G.

Césarienne segmentaire sans incident. Enfant étonné de 3160 grs, ramimé en 5'.

Fermeture de l'utérus en 3 plans. Fermeture de la paroi en 3 plans. Pénicilline.

Suites parfaites.

OBS. 4. — Le 12 décembre 1947. Obs. clin. 2828 (Maternité Pr. BANSILLON).

Mme B., 34 ans, 2 G., 2 P. : 2 césariennes.

Bassin T. R. Double luxation congénitale de la hanche.

A. O. = 1940, Césarienne Fille 2500 gr.

Grossesse actuelle normale. A. P. : 22 décembre.

Le 12 décembre, rupture spontanée de la P. E.

Travail régulier de 8 heures négatif.

Intervention sous A. G.

Césarienne segmentaire typique sans incident, sans exclusion du péritoine pariétal. A signaler une petite adhérence péritonéo-pariétal au niveau de la corne utérine droite.

Extraction facile d'un enfant vivant de 2600 grs. Délivrance manuelle. Pénicilline. Fermeture en 3 plans.

Suites parfaites.

OBS. 5. — Septembre 1949. Obs. clin. 1934 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne. Bassin rétréci.

Epreuve du travail 5 heures négative.

Intervention : Pas de cicatrice observée. Incision transversale.

Suites simples.

OBS. 6. — Juin 1950. Obs. clin. 1164 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne. Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 12 heures négative.

Intervention : Pas d'adhérences importantes. Bon S. I.

Incision segmentaire longitudinale.

Suites simples.

OBS. 7. — Août 1950, Obs. clin. 1735 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne, Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 32 heures négative.

Intervention : Très bon S. I. Incision longitudinale.

Suites fébriles sans étiologie. Guérison.

OBS. 8. — Décembre 1950, Obs. clin. 2456 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne, Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 9 heures négative.

Intervention : Pas de notion d'adhérences.

Incision segmento-corporéale.

Suites : endométrite, Guérison.

OBS. 9. — Décembre 1950, Obs. clin. 2535 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne, Bassin rétréci.

Epreuve du travail de négative durant 7 heures.

Intervention : Pas d'adhérence notée.

Incision S. transversale.

Suites simples.

OBS. 10. — Juillet 1951, Obs. clin. 1335 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne, Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 17 heures négative.

Intervention : Pas de notion de cicatrice segmentaire.

Incision S. longitudinale.

Suites simples.

OBS. 11. — Janvier 1952, Obs. clin. 35 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne, Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 18 heures négative.

Intervention : Pas de notion d'adhérences.

Incision S. transversale.

Suites simples.

OBS. 12. — Février 1952, Obs. clin. 253 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne, Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 18 heures négative.

Intervention : Pas de cicatrice segmentaire.

Incision S. transversale.

Suites simples.

OBS. 13. — Avril 1952. Obs. clin. 654 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne. Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 17 heures négative.

Intervention : Pas d'adhérences importantes.

Incision S. transversale.

Suites simples.

OBS. 14. — Octobre 1952. Obs. clin. 2056 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne.

Epreuve du travail de 22 heures négative.

Intervention : Pas de notion de cicatrice segmentaire.

Incision S. transversale.

Suites simples.

OBS. 15. — Janvier 1952. Obs. clin. 126 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne. Bassin rétréci.

Epreuve du travail de 11 heures négative.

Intervention : Pas d'adhérences.

Incision S. longitudinale.

Suites simples.

OBS. 16. — Mars 1953. Obs. clin. 622 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne. Bassin rétréci.

Epreuve du travail négative.

Intervention : Pas de cicatrice segmentaire.

Incision S. longitudinale.

Suites simples.

OBS. 17. — Année 1952. Obs. Clin. de la Maternité du Creusot.

Mme Boi..., 2 G., 2 P. : 1^{re} césarienne en 1951.

2° césarienne à terme. Epreuve du travail négative.

Intervention : Pas d'adhérences gênantes.

Suites simples.

OBS. 18. — Année 1952. Obs. Clin. de la Maternité du Creusot.

Mme Re..., 2 G., 2 P. : 2° césarienne après courte épreuve du travail.

Intervention : Bonne cicatrice segmentaire.

Suites simples.

OBS. 19. — Le 12 octobre 1948. Obs. clin. 1943 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne segmento-corporéale.

Intervention : Bonne cicatrice utérine bien qu'amincie.

Pas de stérilisation.

Suites simples.

Obs. 20. — 8 janvier 1933. Obs. Clin. 23 (Clinique obstétricale).

Mme R..., 4 G., 3 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Intervention : Césarienne basse très simple. On ne trouve aucune trace de la 1^{re} intervention en dehors de quelques adhérences entre l'utérus et le péritoine segmentaire, n'empêchant pas le décollement.

Suites simples.

Obs. 21. — 26 juin 1934. Clin. 738 (Clinique obstétricale).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Intervention au début du travail sans incident.

Pas de difficultés opératoires.

Suites simples.

Obs. 22. — 17 janvier 1935. Obs. Clin. 80 (Clinique obstétricale).

Mme V., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Epreuve du travail négative.

Hystérotomie basse sans incident après résection de la cicatrice cutanée.

Suites simples.

Obs. 23. — 14 février 1935. Obs. Clin. 207 (Clinique obstétricale).

Mme D., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Césarienne basse au début du travail. Pas de cicatrice utérine.

Suites légèrement fébriles. Guérison.

Obs. 24. — 7 juin 1935. Obs. Clin. 669 (Clinique obstétricale).

Mme L., 3 G., 3 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie basse après épreuve du travail de 12 heures négative.

Aucune cicatrice segmentaire.

Suites simples.

Obs. 25. — 13 février 1937. Obs. clin. 147 (Clinique obstétricale).

Mme M., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin G. R.

Hystérotomie après courte épreuve du travail. Pas d'adhérences.

Suites normales.

Obs. 26. — 2 octobre 1937. Obs. clin. 911 (Clinique obstétricale).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail négative de 42 heures.

Pas de cicatrice segmentaire.

Suites parfaites.

OBS. 27. — 15 décembre 1937. Obs. clin. 1127 (Clinique obstétricale).

Mme M., 3 G., 3 P. : 2^e césarienne.

Hystérotomie après épreuve du travail de 11 heures.

Pas de trace de la 1^{re} césarienne.

Suites simples.

OBS. 28. — 13 juin 1938. Obs. clin. 591 (Clinique obstétricale).

Mme G., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne.

Hystérotomie segmento-corporéale après courte épreuve du travail.

Pas d'adhérences gênantes.

Suites simples.

OBS. 29. — 13 novembre 1938. Obs. clin. 1113 (Clinique obstétricale).

Mme P., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie basse après épreuve du travail de 60 heures.

Adhérences nombreuses.

Suites troublées par une bronchite.

OBS. 30. — 20 septembre 1942. Obs. Clin. 1059 (Clinique obstétricale).

Mme P., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie basse après épreuve du travail de 9 heures.

Pas de cicatrice segmentaire.

OBS. 31. — 11 juin 1944. Obs. Clin. 806 (Maternité Hôtel-Dieu).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin T. R.

Hystérotomie segmento-corporéale après épreuve du travail de 9 heures. Décollement gêné par la vessie.

Suites simples.

OBS. 32. — 8 janvier 1943. Obs. clin. 806 (Maternité Hôtel-Dieu).

Mme Le G., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après courte épreuve du travail.

Pas d'adhérences en dehors d'une petite bride que l'on sectionne. Incision uniquement segmentaire.

Suites parfaites.

OBS. 33. — 10 mars 1947. Obs. Clin. 344 (Maternité de la Croix-Rousse).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail de 24 heures.

Incision segmento-corporéale. Péritonisation difficile.

Suites simples.

OBS. 34. — 2 avril 1947. Obs. Clin. 448 (Maternité de la Croix-Rousse).

Mme Gi., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin aplati pur.
Hystérotomie basse prophylactique. Difficultés pariétales.
Suites simples.

OBS. 35. — 28 avril 1947. Obs. clin. 585 (Maternité de la Croix-rousse).

Mme L., 5 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin G. R.
Hystérotomie basse après épreuve du travail de 9 heures.
Quelques difficultés d'hémostase sur le S. I.
Suites normales.

OBS. 36. — 6 décembre 1944. Obs. Clin. 1757 (Clinique Obstétricale).

Mme P., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.
Hystérotomie itérative au début du travail.
Pas de cicatrice segmentaire.
Suites simples.

OBS. 37. — 24 juin 1945. Obs. Clin. 1004 (Clinique obstétricale).

Mme G., 3 G., 2 P. : 2^e césarienne.
Hystérotomie après épreuve du travail de 15 heures.
Pas d'adhérences gênantes.
Suites simples.

OBS. 38. — 2 août 1945. Obs. Clin. 1182 (Clinique obstétricale).

Mme C., 3 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin T. R.
Hystérotomie après courte épreuve du travail.
Pas de trace de cicatrice utérine.
Suites simples.

OBS. 39. — 4 septembre 1945. Obs. Clin. 1345 (Clinique obstétricale).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.
Hystérotomie après épreuve du travail.
Pas d'adhérences importantes.
Suites simples.

OBS. 40. — 9 novembre 1945. Obs. Clin. 1669 (Clinique obstétricale).

Mme D., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin T. R.
Hystérotomie après épreuve du travail. Procédé de Michon.
Suites simples.

OBS. 41. — 19 février 1946. Obs. Clin. 290 (Clinique obstétricale).

Mme L., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après courte épreuve du travail. Procédé de Michon.
Suites fébriles. Guérison.

OBS. 42. — 25 mars 1946. Obs. Clin. 525 (Clinique obstétricale).

Mme M., 3 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin oblique ovalaire.

Hystérotomie après courte épreuve du travail.
Procédé de Michon sans incident.
Suites simples.

OBS. 43. — 1^{er} mai 1946. Obs. Clin. 767 (Clinique obstétricale).

Mme S., 3 G., 3 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail.
Pas d'adhérences gênant l'abord du S. I.
Suites troublées par une phlébite. Guérison.

OBS. 44. — 15 septembre 1946. Obs. Clin. 1720 (Clinique obstétricale).

Mme F., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail négative.
Pas d'adhérences importantes.
Suites simples.

OBS. 45. — 11 octobre 1946. Obs. Clin. 1905 (Clinique obstétricale).

Mme B., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. pur.

Hystérotomie après épreuve du travail négative de 15 heures.
Pas de trace de cicatrice segmentaire.
Suites simples.

OBS. 46. — 20 février 1947. Obs. Clin. 354 (Clinique obstétricale).

Mme S., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin T. R.

Hystérotomie après épreuve du travail de 5 heures.
Pas de notion de cicatrice.
Suites simples.

OBS. 47. — 14 janvier 1947. Obs. Clin. 85 (Clinique obstétricale).

Mme B., 3 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin rétréci.

Hystérotomie après épreuve du travail de 16 heures.
Pas d'adhérences notées.
Suites simples.

OBS. 48. — 20 février 1947. Obs. Clin. 85 (Clinique obstétricale).

Mme B., 3 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin rétréci.

Hystérotomie après épreuve du travail de 16 heures.

Pas d'adhérences importantes.

Suites simples.

OBS. 49. — 11 mars 1947. Obs. Clin. 498 (Clinique obstétricale).

Mme Ch., 2 G., 2 P., 2^e césarienne. Bassin coxalgique asymétrique.

Hystérotomie au début du travail. Procédé de Michon.

Suites simples.

OBS. 50. — 5 avril 1947. Obs. Clin. 691 (Clinique obstétricale).

Mme L., 3 G., 2 P. : 2^e césarienne.

Hystérotomie prophylactique.

Pas de cicatrice segmentaire.

Suites simples.

OBS. 51. — 18 août 1947. Obs. Clin. 1687 (Clinique obstétricale).

Mme L., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin T. R. asymétrique.

Hystérotomie après épreuve du travail.

Latéro-torsion gauche de l'utérus. Pas d'amincissement de la cicatrice.

Suites fébriles. Guérison.

OBS. 52. — 5 novembre 1947. Obs. Clin. 2205 (Clinique obstétricale).

Mme G., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin aplati G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail de 20 heures. Procédé de Michon.

Suites simples.

OBS. 53. — 2 décembre 1947. Obs. Clin. 2363 (Clinique obstétricale).

Mme S., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin rétréci canaliculé.

Hystérotomie après courte épreuve du travail.

Pas de difficultés opératoires.

Suites simples.

OBS. 54. — 20 décembre 1947. Obs. Clin. 2477 (Clinique obstétricale).

Mme A., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne.

Hystérotomie après courte épreuve du travail.

Pas de trace de la cicatrice segmentaire.

Suites simples.

OBS. 55. — 25 février 1928. Obs. Clin. 16 (Thèse VEYRAT).

Mme L., 4 G., 4 P. : 2° césarienne. Bassin aplati.

Hystérotomie après quelques heures d'épreuve du travail.

Bon état de la cicatrice segmentaire.

Suites bonnes.

OBS. 56. — 29 octobre 1928. Obs. Clin. 21 (Thèse VEYRAT).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2° césarienne.

Hystérotomie après épreuve du travail.

Aucune trace sur le S. I. sauf un petit cordon blanc à direction transversale qu'on ne peut interpréter de façon certaine comme un vestige de la 1^{re} Hystérotomie.

Suites bonnes.

OBS. 57. — 28 novembre 1928. Obs. Clin. 25 (Thèse VEYRAT).

Mme P., 2 G., 2 P. : 2° césarienne.

Hystérotomie après épreuve du travail.

Trainées blanchâtres sur le péritoine modifiant à peine l'aspect normal, constituant la cicatrice péritonéal. Muscle utérin normal.

Suites très bonnes.

OBS. 58. — 30 janvier 1929. Obs. Clin. 28 (Thèse VEYRAT).

Mme Ch., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin aplati.

Hystérotomie après épreuve du travail de 9 heures.

Cicatrice abdominale parfaite. Pas de cicatrice utérine notée.

Suites bonnes.

OBS. 59. — 26 octobre 1929. Obs. Clin. 40 (Thèse VEYRAT).

Mme Y., 3 G., 3 P. : 2° césarienne.

Hystérotomie après épreuve du travail de 23 heures. Pas d'incident.

Suites : Poussée fébrile les 2 premiers jours.

OBS. 60. — 12 décembre 1931. Obs. Clin. 104 (Thèse VEYRAT).

Mme R. : 2° césarienne.

Hystérotomie après épreuve du travail de 15 heures.

Pas d'éventration. Aucune adhérence pariétale sauf une petite bride pariéto-segmentaire.

Suites bonnes.

OBS. 61. — 5 mai 1932. Obs. Clin. 116 (Thèse VEYRAT).

Mme D., 2^e césarienne.

Hystérotomie après épreuve du travail de 9 heures.

Aucune adhérence sauf une petite bride épiploïque.

Amincissement marqué du S. I. qu'on incise aux ciseaux.

Suites bonnes.

OBS. 62. — 1^{er} juin 1932. Obs. Clin. 119 (Thèse VEYRAT).

Mme P., 2^e césarienne.

Hystérotomie après épreuve du travail de 8 heures.

Pas d'adhérences péritonéales.

Suites fébriles : abcès de la fesse.

B. — Césarienne avec adhérences gênantes, mais bon état du muscle utérin.

OBS. 63. — 12 janvier 1953. Obs. Clin. 63 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme M., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin coxalgique.

Hystérotomie après épreuve du travail de 4 heures. On est gêné pour l'ouverture de l'utérus par une bride antérieure pariéto-utérine que l'on sectionnera en fin d'intervention.

Suites parfaites.

OBS. 64. — 18 juillet 1944. Obs. Clin. 1271 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme C., 3 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin aplati.

Hystérotomie après essai de déclanchement de l'accouchement par la méthode de Hauch. Epreuve du travail négative. Adhérences péritonéales nombreuses.

Latéro-déviation droite de l'utérus; segment inférieur constitué, mais vessie très adhérente à sa paroi antérieure. Il n'existe pratiquement pas de cul-de-sac vésico-utérin.

Incision segmento-corporéale. Péritonisation difficile en libérant la vessie.

Fermeture de la paroi très mince et cicatricielle.

Suites simples.

OBS. 65. — 4 juin 1953. Obs. Clin. 530 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

Mme B., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin aplati, étagé.

Hystérotomie au début du travail.

L'incision de la paroi abdominale ne donne accès à la grande cavité que dans sa partie toute supérieure après avoir prolongé au-dessus de l'ombilic. Il existe en effet une symphyse à peu près totale de la paroi

utérine antérieure avec la paroi abdominale. On arrive à décoller le péritoine viscéral et l'incision longitudinale porte plus sur le corps que le segment inférieur.

Suites parfaites.

OBS. 66. — 11 octobre 1948. Obs. Clin. 1939 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2^e césarienne segmentaire après courte épreuve du travail.

Adhérences qui isolent le grand ventre.

Suites simples.

OBS. 67. — Octobre 1951. Obs. Clin. 1926 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2^e césarienne après épreuve du travail négative de 6 heures.

Quelques adhérences gênantes.

Suites : lochiométrie.

OBS. 68. — 2 mars 1934. Obs. Clin. 268 (Clinique Obstétricale).

Mme K., 3 G., 3 P. : 2^e césarienne. Bassin aplati G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail de 24 heures.

Tissu cicatriciel très solide gênant pour la découverte du péritoine pariétal.

Peu d'adhérences.

Suites : Péritonite enkystée, Colpotomie.

OBS. 69. — 25 octobre 1935. Obs. Clin. 1166 (Clinique Obstétricale).

Mme M., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie basse après courte épreuve du travail.

Difficultés assez grandes d'ouvertures de la paroi abdominale où tous les plans sont adhérents les uns aux autres.

Suites simples.

OBS. 70. — 21 août 1936. Obs. Clin. 736 (Clinique Obstétricale).

Mme V., 2^e G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie basse sans incident après courte épreuve du travail.

Nombreuses adhérences épiploïques.

Suites simples.

OBS. 71. — 3 juillet 1938. Obs. Clin. 655 (Clinique Obstétricale).

Mme d'O., 2 G., 2 P., 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie basse après épreuve du travail de 15 heures.

Adhérences du péritoine segmentaires. Incision segmento-corporelle. Péritonisation viscérale laborieuse obligeant dans la partie inférieure à utiliser le péritoine vésical.

Suites normales.

Obs. 72. — 26 janvier 1945. Obs. Clin. 75 (Maternité de la Croix-Rousse).

Mme D., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. Pur.

Hystérotomie basse après épreuve du travail de 12 heures.

Adhérences entre le péritoine et la vessie.

Pas de cicatrice sur le segment.

Suites simples.

Obs. 73. — 5 juillet 1926. Obs. 3 (Thèse VEYRAT).

Mme M., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail.

Adhérences épiploïques sur la face antérieure.

Minceur par endroit de la première cicatrice.

Suites bonnes.

C. — Césariennes avec anomalies du muscle utérin.

Obs. 74. — 12 mars 1944. Obs. Clin. 449 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme D., 3 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail de 12 heures.

Peu d'adhérences péritonéales. On ne perçoit pas de cicatrice nette au niveau de la musculature utérine, mais celle-ci est particulièrement friable. L'incision segmentaire est légèrement corporéale.

Au moment de l'extraction de l'enfant, se produit une petite déchirure musculaire corporéale à gauche. Suture du muscle en deux plans.

Suites simples. Lymphangite. Guérison.

Obs. 75. — 10 septembre 1949. Obs. Clin. 1102 (Maternité Dr. BROCHIER).

Mme B., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.

Hystérotomie après épreuve du travail de 11 heures.

Pas d'adhérence péritonéale, mais on est surpris de tomber sur un segment inférieur extrêmement mince à gauche et ecchymotique contre la tête fœtale donnant l'impression d'être en éminence de rupture.

Césarienne surtout segmentaire.

Suture utérine en trois plans assez hémorragiques.

Suites simples.

Obs. 76. — Obs. parue dans le bulletin S. G. O. 1933 (Dr. EPARVIER).

Malade de 31 ans. Bassin A. G. R. 2° césarienne.

Hystérotomie après 3 h. 1/2 de travail.

Avant d'inciser le péritoine, on voit par transparence un épanchement sanguin filant sous la vessie. Après incision transversale classique et relèvement du lambeau péritonéal inférieur, on voit une désunion de la cicatrice sur 3 ou 4 cm. près de l'orifice cervical. Les membranes

forment le fond de la brèche. L'incision est faite classiquement dans la continuation de la rupture.

Enfant vivant. Utérus conservé.

Suites simples.

II. — Césariennes prophylactiques

A. — Sans anomalie anatomique.

OBS. 77. — 9 mars 1952. Obs. Clin. 439 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme Q., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin chirurgical.

Hystérotomie prophylactique segmento-corporéale.

Pas de cicatrice utérine visible.

Suites simples.

OBS. 78. — Avril 1949. Obs. Clin. 857 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique à terme dépassé. Bassin rétréci.

Incision segmentaire longitudinale, pas de cicatrice sur le segment.

Suites subfébriles, sans étiologie. Guérison simple.

OBS. 79. — Juin 1949. Obs. Clin. 1146 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin chirurgical.

Incision S. longitudinale. Pas d'adhérence.

Suites simples.

OBS. 80. — Juin 1949. Obs. Clin. 1156 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin chirurgical.

Incision S. longitudinale. Excellent segment inférieur.

Pas de cicatrice.

Suites simples.

OBS. 81. — Juillet 1949. Obs. Clin. 1353 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin chirurgical.

Incision S. longitudinale. Excellent état du muscle utérin.

Suites fébriles sans étiologie. Guérison simple.

OBS. 82. — Mars 1950. Obs. Clin. 459 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique à terme dépassé. Bassin rétréci.

Incision S. longitudinale. Pas d'adhérence.

Suites simples.

OBS. 83. — Mars 1950. Obs. Clin. 659 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Incision S. longitudinale. Pas d'adhérence.

Bon segment inférieur.

Suites simples.

OBS. 84. — Avril 1950. Obs. Clin. 684 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci chez une femme ayant subi une opération de Zarate.

Incision de Pfannenstiel. Incision segmentaire transversale. Peu d'adhérences.

Suites simples.

OBS. 85. — Juillet 1950. Obs. Clin. 1547 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Incision segmentaire longitudinale. Pas d'adhérence notée.

Suites fébriles sans étiologie. Guérison.

OBS. 86. — Août 1950. Obs. Clin. 1561 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Incision segmentaire longitudinale. Pas de cicatrice sur le segment.

Suites simples.

OBS. 87. — Octobre 1950. Obs. Clin. 2067 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Incision S. longitudinale. Pas de notion d'adhérence.

Suites : grippe.

OBS. 88. — Novembre 1950. Obs. Clin. 2248 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2 césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.

Pas de notion de cicatrice utérine.

Suites : Congestion pulmonaire. Guérison.

OBS. 89. — Janvier 1951. Obs. Clin. 203 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Pas de notion d'adhérence.

Incision segmento-corporéale.

Suites : lymphangite du sein. Guérison.

OBS. 90. — Février 1951. Obs. Clin. 371 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Excellent résultat de la césarienne antérieure. Incision S. longitudinale.

Suites simples.

OBS. 91. — Juillet 1951. Obs. Clin. 1316 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.
Incision S. longitudinale. Pas d'adhérence notée.
Suites : hématome suppuré. Guérison.

OBS. 92. — Septembre 1951. Obs. Clin. 1718 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique à terme dépassé.
Incision S. longitudinale.
Pas de notion de cicatrice utérine.
Suites simples.

OBS. 93. — Août 1951. Obs. Clin. 1536 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci chez une femme ayant subi un Zarate.
Incision S. longitudinale. Pas d'adhérence gênante.
Suites simples.

OBS. 94. — Juillet 1952. Obs. Clin. 1363 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.
Pas de cicatrice utérine notée.
Suites simples.

OBS. 95. — Août 1952. Obs. Clin. 1614 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci. Tumeur de l'épine sciatique. Incision S. longitudinale.
Pas d'adhérence.
Suites simples.

OBS. 96. — Août 1952. Obs. Clin. 1663 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.
Pas de notion d'adhérence. Incision segmento-corporéale.
Suites : lymphangite du sein. Guérison.

OBS. 97. — Septembre 1952. Obs. Clin. 1740 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci chez une femme ayant subi un Zarate. Pas de notion de cicatrice.
Incision S. longitudinale.
Suites simples.

OBS. 98. — Septembre 1952. Obs. Clin. 1056 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.
Incision S. longitudinale. Pas de notion d'adhérence.
Suites simples.

OBS. 99. — Mai 1953. Obs. Clin. 916 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.
Pas de cicatrice utérine.
Incision longitudinale du segment inférieur bien constitué.
Suites simples.

OBS. 100. — Mai 1953. Obs. Clin. 927 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Quelques adhérences.
Incision S. longitudinale. Pas de cicatrice utérine.
Suites simples.

OBS. 101. — 1948. Obs. Maternité du Creusot.

Mme La., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique.
Paroi très déficiente Peu d'adhérences péritonéales.
Suites simples.

OBS. 102. — 1948. Obs. Maternité du Creusot.

Mme Al., 3 G., 3 P. Bassin asymétrique post-fracturaire.
2° césarienne à terme. Pas de difficultés opératoires.
Suites simples.

OBS. 103. — 1950. Obs. Maternité du Creusot.

Mme De., 2 G., 2 P. Bassin rétréci.
2° césarienne à terme. Pas d'adhérence.
Suites simples.

OBS. 104. — 1950. Obs. Maternité du Creusot.

Mme Pu., 2 G., 2 P. Bassin rétréci.
2° césarienne à terme. Pas de difficulté opératoire.
Suites simples.

OBS. 105. — 27 juillet 1935. Obs. Clin. 859 (Clinique Obstétricale).

Mme T., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.
Adhérences assez importantes entre le péritoine segmentaire et le
pariétal. Réfection soigneuse.
Suites simples.

OBS. 106. — 11 février 1945. Obs. Clin. 248 (Clinique Obstétricale).

Mme L., 3 G., 3 P. : 2° césarienne. Bassin A. G. R.
Pas de notion de cicatrice utérine.
Suites simples.

OBS. 107. — 17 mars 1945. Obs. Clin. 642 (Clinique Obstétricale).

Mme P., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.
Pas d'incident opératoire. Pas de trace de cicatrice.
Suites simples.

OBS. 108. — 20 juin 1946. Obs. Clin. 1535 (Clinique Obstétricale).

Mme V., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.
Pas de notion de cicatrice utérine.
Suites assez simples.

OBS. 109. — 6 août 1946. Obs. Clin. 1476 (Clinique Obstétricale).

Mme M., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin G. R.
Procédé de Michon. Sans incident.
Suites simples.

OBS. 110. — 27 août 1946. Obs. Clin. 1595 (Clinique Obstétricale).

Mme B., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.
Procédé de Michon. Sans incident.
Suites troublées. Infarctus pulmonaire. Guérison.

OBS. 111. — 11 mars 1947. Obs. Clin. 499 (Clinique Obstétricale).

Mme G., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.
Pas d'incident opératoire.
Suites simples.

OBS. 112. — 28 mai 1947. Obs. Clin. 1090 (Clinique Obstétricale).

Mme B., 3 G., 3 P. : 2° césarienne prophylactique.
Bassin rétréci. Pas de notion de segment inférieur aminci.
Suites simples.

OBS. 113. — 25 juin 1947. Obs. Clin. 1098 (Clinique Obstétricale).

Mme M., 2 G., 2 P. : 2° césarienne au début du travail.
Bassin A. Pur. Pas d'adhérence importante.
Suites simples.

OBS. 114. — 5 septembre 1947. Obs. Clin. 1809 (Clinique Obstétricale).

Mme R., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique.
Bassin rétréci. Pas d'incident opératoire.
Suites simples.

OBS. 115. — 25 octobre 1947. Obs. Clin. 2139 (Clinique Obstétricale).

Mme L., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique.

Bassin un peu rétréci.

Procédé de Michon sans incident.

Suites troublées par un accès de la cuisse. Guérison.

OBS. 116. — 27 octobre 1947. Obs. Clin. 2152 (Clinique Obstétricale).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique.

Bassin rétréci. Pas de notion de cicatrice utérine.

Suites simples.

OBS. 117. — 8 novembre 1947. Obs. Clin. 2226 (Clinique Obstétricale).

Mme T., 2 G., 2 P., 2° césarienne prophylactique.

Procédé de Michon. Pas de difficulté opératoire.

Suites simples.

OBS. 118. — 22 avril 1931. Obs. Clin. 79 (Thèse VEYRAT).

Mme M. VG. 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.

Pas d'éventration. Aucune adhérence.

Péritoine mobile sur la face antérieure de l'utérus. Aucune trace de cicatrice.

Suites bonnes.

OBS. 119. — 14 juillet 1948. Obs. Clin. 1023 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.

Pas de cicatrice utérine.

Suites simples.

OBS. 120. — 30 novembre 1948. Obs. Clin. 1479 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.

Pas d'adhérences gênantes.

Suites simples.

OBS. 121. — 21 février 1949. Obs. Clin. 224 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique pour bassin de Naegelé.

Incision S. longitudinale. Pas de cicatrice utérine.

Suites simples.

OBS. 122. — 3 septembre 1949. Obs. Clin. 952 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision longitudinale.

Pas de cicatrice utérine.

Suites bonnes.

OBS. 123. — 9 octobre 1949. Obs. Clin. 1097 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.
Aucune adhérence.
Suites simples.

OBS. 124. — 17 décembre 1949. Obs. Clin. 1510 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.
Pas de cicatrice utérine.
Suites simples.

OBS. 125. — 10 janvier 1950. Obs. Clin. 50 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.
Pas de cicatrice sur le segment.
Suites simples.

OBS. 126. — 19 décembre 1950. Obs. Clin. 1573 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision S. transversale. On retrouve l'ancienne cicatrice de l'incision à la Keller.
Suites simples.

OBS. 127. — 8 mars 1952. Obs. Clin. 308 (Maternité Dr. BROCHIER).

2° césarienne prophylactique. Incision longitudinale.
Pas de trace de cicatrice segmentaire.
Suites simples.

OBS. 128. — 30 avril 1949. Obs. Clin. 621 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.
Pas de cicatrice nette sur le segment.
Suites simples.

OBS. 129. — 20 octobre 1949. Obs. clin. 1511 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

2° césarienne prophylactique. Bassin aplati.
Pas de trace de la cicatrice antérieure.
Suites bonnes.

OBS. 130. — 30 octobre 1949. Obs. clin. 1550 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

2° césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.
On sent nettement la cicatrice sur le muscle.
Suites simples.

OBS. 131. — 9 décembre 1949. Obs. clin. 1687 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.
Pas de cicatrice sur le segment.
Suites simples.

OBS. 132. — 1^{er} septembre 1950 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

2^e césarienne prophylactique. Incision longitudinale.

Excellente suture du segment.

Suites simples.

OBS. 133. — 1949. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme La., 3 G., 3 P., 2^e césarienne à terme.

Pas de notion de cicatrice amincie.

Suites parfaites.

OBS. 134. — 1950. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme Co., 2 G., 2 P. Bassin G. R. : 2^e césarienne à terme.

Excellente cicatrice segmentaire.

Suites parfaites.

OBS. 135. — 1952. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme Cha., 3 G., 3 P. Bassin limite : 2^e césarienne à terme.

Pas de difficultés opératoires.

Suites simples.

OBS. 136. — 9 octobre 1945. Obs. Clin. 1517 (Maternité Pr. TRILLAT).

2^e césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Exclusion péritonéale. Procédé de Michon.

Suites simples.

OBS. 137. — 11 octobre 1946. Obs. clin. 1905 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2^e césarienne prophylactique. Bassin aplati.

Pas de notion de cicatrice segmentaire. Incision S. longitudinale.

Suites simples.

OBS. 138. — 5 avril 1947. Obs. clin. 691 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2^e césarienne prophylactique. Incision S. longitudinale.

Pas d'adhérences importantes.

Suites simples.

OBS. 139. — 27 octobre 1947. Obs. clin. 2152 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2^e césarienne après tentative de déclenchement du travail.

Incision S. longitudinale. Pas de cicatrice utérine.

Suites simples.

OBS. 140. — 23 décembre 1936. Obs. clin. 1156 (Clinique Obstétricale).

Mme T., 2 G., 2 P. : 2° césarienne. Bassin T. R.

Hystérotomie basse. Pas de cicatrice utérine.

Suites simples.

OBS. 141. — 25 avril 1940. Obs. clin. 378 (Clinique Obstétricale).

Mme T., 3 G., 2 P. : 2° césarienne à terme. Bassin A. G. R.

Hystérotomie basse. Pas d'adhérences importantes.

Suites simples.

OBS. 142. — 1953. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme No., 3 G., 3 P. Bassin G. R.

2° césarienne prophylactique : pas de difficultés opératoires.

Suites simples.

OBS. 143. — 1953. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme Va., 2 G., 2 P. Bassin asymétrique.

2° césarienne prophylactique. Pas de cicatrice segmentaire.

Suites simples.

B. — Césariennes itératives avec adhérences gênantes.

OBS. 144. — Janvier 1949. Obs. clin. 182 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin chirurgical.

Quelques adhérences. Pas de segment inférieur. Incision segmento-corporéale.

Suites : Episode congestif pulmonaire. Guérison.

OBS. 145. — Janvier 1950. Obs. clin. 49 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Adhérences péritonéales gênant l'abord de l'utérus.

Incision S. transversale.

Suites simples.

OBS. 146. — Octobre 1951. Obs. clin. 2073 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin rétréci.

Adhérences péritonéales nombreuses. Incision S. longitudinale.

Suites simples.

OBS. 147. — Juin 1952. Obs. clin. 1103 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique : Adhérences péritonéales et vésico-utérines.

Incision segmento-corporéale.

Suites simples.

OBS. 148. — 26 février 1950. Obs. clin. 399 (Maternité Pr. PIGEAUD).

2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.

Segment inférieur très mince. Adhérence de l'épiploon à la paroi.

Suites parfaites.

OBS. 149. — 10 février 1944. Obs. clin. 219 (Maternité Hôtel-Dieu).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.

Réssection de la cicatrice antérieure. Pas d'adhérences intestinales.

Quelques adhérences épiploïques. Pas de trace de la section utérine antérieure.

Suites troublées : Phlébite.

OBS. 150. — 22 juillet 1947. Obs. clin. 1036 (Maternité de la Croix-Rousse).

Mme B., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.

Difficulté pour trouver les différents plans superficiels.

Adhérences vésico-utérines. Incision segmento-corporéale.

Suites subnormales.

OBS. 151. — 15 septembre 1930. Obs. clin. 65 (Thèse VEYRAT).

Mme B., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique.

Péritoine extrêmement friable. Bride allant de la cicatrice à la paroi. Difficultés pour reconstituer le péritoine viscéral.

Suites bonnes.

OBS. 152. — 19 octobre 1935. Obs. clin. 1141 (Clinique obstétricale).

Mme B., 2 G., 2 P. : 2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.

Ouverture difficile de la paroi après résection de la cicatrice.

Adhérence linéaire transversale entre le péritoine pariétal et le péritoine segmentaire. Suture soigneuse du segment.

Suites parfaites.

OBS. 153. — 16 juin 1951. Obs. clin. 813 (Maternité Dr GAUCHERAND).

2° césarienne prophylactique.

Nombreuses adhérences. Incision segmento-corporéale.

Suites simples.

OBS. 154. — 22 octobre 1951. Obs. clin. 1506 (Maternité Dr GAUCHERAND).

2° césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.

Adhérences péritonéales et segmento-corporéales nombreuses.

Suites simples.

C. — Césariennes itératives avec anomalie du muscle utérin.

OBS. 155. — 19 mai 1949. Obs. clin. 857 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme C., 2 G., 2 P. : 2^e césarienne prophylactique basse.

Difficulté de reconstituer l'utérus au niveau de la partie inférieure de l'incision. Une dissociation s'est produite à cet endroit entre l'aponévrose segmentaire et la couche musculuse sous-jacente, et seule l'aponévrose se présente au 1^{er} abord de la suture. Avec une pince en cœur, on va chercher plus en dehors dans la profondeur une couche musculaire pour la ramener sur la ligne médiane et la suturer avec celle du côté opposé, amené dans les mêmes conditions. Suture en 3 plans.

Suites simples.

B. — LES CESARIENNES BI-ITERATIVES NON SUIVIES DE STERILISATION

I. — Après épreuve du travail

A. — Sans anomalie anatomique.

OBS. 156. — 4 avril 1951. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme Le B., 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin T. R.

Grossesse normale. Accouchement probable : 10 avril.

Intervention sous A. G. en circuit fermé.

Césarienne segmentaire au début du travail. Pas d'adhérences péritonéales importantes. Pas de cicatrice visible sur l'utérus.

Extraction rapide d'un enfant de 3400 grs que l'on ranime assez rapidement.

Etant donné le bon état du péritoine et de la paroi utérine, on ne stérilise pas la malade.

Suites parfaites.

OBS. 157. — 21 avril 1951. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme B., 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 30 août 1949. 2^e césarienne avec cicatrice utérine parfaite.

Grossesse normale. A. P. : 28 avril.

Intervention sous A. G. au début du travail.

Césarienne segmentaire sans grandes difficultés opératoires.

Extraction d'un enfant vivant de 3600 grs.

On ne stérilise pas la malade en raison de l'excellente cicatrice utérine et de l'état du péritoine.

Suites parfaites.

B.. — Adhérences gênantes mais bon état du muscle utérin.

OBS. 158. — 5 novembre 1948. Obs. clin. 2678 (Maternité Pr BANSSILLON).

Mme B., 41 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R. (D. U. : 8,5 cms).

A. O. : 1935 césarienne : fille vivante de 4000 grs.

1942 césarienne : garçon vivant de 3500 grs.

Grossesse normale. A. P. : 5 décembre.

Petite épreuve du travail de 8 heures négative.

Intervention sous A. G.

On est gêné par des adhérences péritonéales et on ne peut faire une césarienne strictement segmentaire en raison de l'adhérence de la vessie à ce niveau.

Extraction d'un garçon étonné criant en 5 minutes.

Suture utérine en 3 plans. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites parfaites sous pénicilline.

OBS. 159. — 26 avril 1952. Obs. clin. 414 (Maternité Dr. BROCHIER).

Mme P., 27 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R. canaliculé.

A. O. : 1947. Hystérotomie après épreuve du travail. Garçon vivant de 3430 grs.

1948 Hystérotomie à terme. Fille vivante de 3870 grs.

Grossesse normale. A. P. : 20 avril.

Petite épreuve du travail de 4 heures.

Intervention sous A. G.

L. M. S. O. on tombe sur un péritoine viscéral présentant des adhérences complexes avec la face postérieure de la vessie, mais ces adhérences ne remontent pas au-dessus du dôme vésical.

On incise donc transversalement le péritoine viscéral à la limite des adhérences et on le décolle facilement du segment en haut et en bas. Incision longitudinale du segment agrandi par dissection digitale.

Extraction facile d'une fille vivante de 3700 grs.

Délivrance manuelle. Vérification soigneuse de la cavité utérine.

Suture de la paroi utérine en 2 plans :

— musculo-muqueux d'hémostase,

— musculo-musculaire d'enfouissement.

On a quelque peine à péritoniser la portion viscérale et on est obligé d'empiéter largement sur le péritoine vésical.

Terminaison de l'opération sans incident. Durée : 42 minutes.

La stérilisation n'a pas été faite selon le désir de la malade.

Suites parfaites.

OBS. 160. — 3 novembre 1948. Obs. clin. 2087 (Clinique Obstétricale).

Mme N., 38 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. et rétréci.

A. O. : 1931 césarienne. Enfant vivant.

1937 césarienne. Enfant vivant.

Grossesse bien supportée. A.P. : 26 novembre.

Intervention sous RA.

Les adhérences isolent toute la cavité péritonéale à droite.

° Extraction d'une fille vivante.

La brèche d'incision se prolonge latéralement à gauche et on a quelques difficultés à faire suture et hémostase de la tranche utérine. Le péritoine utérin est très développé et la péritonisation est faite largement. Pénicilline dans le ventre.

La malade n'a pas voulu de stérilisation.

Suites parfaites.

II. — Les césariennes bi-itératives prophylactiques

A. — Les césariennes sans anomalie anatomique.

OBS. 161. — 27 octobre 1951. Obs. clin. 1404 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme T., 20 ans : 3 G., 3 P. : 3° césarienne. Bassin A. G. R.

A. M. : Primo-infection en 1951.

A. O. : 1949 Hystérotomie à terme, Fille vivante de 3620 grs.

1950 Hystérotomie à terme, Garçon vivant de 3750 grs.

Grossesse bien supportée. A.P. : 16 octobre.

La malade entre le 27 octobre à terme dépassé ?

Intervention sous A. G.

Ablation de la cicatrice cutanée.

Segment inférieur aminci, mais cicatrice antérieure non visible.

Extraction sans incident d'une fille vivante de 2.500 grs que l'on ranime en 5 minutes.

Etant donné le bon état du segment inférieur, on ne fait pas de stérilisation.

Fermeture de l'utérus en 3 plans, dont un excellent plan péritonéal.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites parfaites.

OBS. 162. — 19 avril 1949. Obs. clin. 839 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme B., 33 ans, 5 G., 4 P. : 3° césarienne. Bassin aplati.

A. O. : 1943 Césarienne à terme. Garçon de 3600 grs.

1944 Césarienne à terme. Garçon de 3300 grs.

1947 Césarienne à terme. Fille de 3600 grs.

1948 Avortement de deux mois provoqué (Curettage).

Grossesse normale. A. P. : 15 avril.

En raison de la dystocie pelvienne connue, on décide une césarienne prophylactique.

Intervention sous Rachi.

La cicatrice de la paroi abdominale est assez étendue. On retrouve difficilement les différents plans musculo-aponévrotiques. Tissu cicatriciel.

Péritoine pariétal adhérent uniformément au plan musculaire.

L'utérus présente une excellente cicatrice pratiquement invisible. On arrive à décoller assez aisément le péritoine viscéral et il suffit d'empiéter de 2 cms seulement sur le corps.

Extraction au forceps d'un garçon de 3400 grs criant aussitôt.

Fermeture de l'utérus en 2 plans. Péritonisation utérine satisfaisante.

En raison de l'excellence des cicatrices utérines antérieures et de la bonne réfection actuelle du muscle utérin, on ne pratique pas de stérilisation. On ferme le péritoine pariétale dans la région pré-vésicale. Au-dessus, il est impossible de le dissocier du plan fibreux musculo-aponévrotique sus-jacent.

On ferme la paroi par des fils de bronze transfixiant péritoine et paroi.

Pas d'hémorragie.

Suites parfaites sous Pénicilline.

OBS. 163. — 23 juillet 1952. Obs. clin. 1439 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme G., 32 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 1948 Césarienne après épreuve du travail poussée.

1950 Césarienne après épreuve du travail : Enfant vivant de 3900 grs.

Grossesse normale. A. P. : 20 juillet.

Intervention sous A. G.

Césarienne basse classique.

Devant le bon état de la paroi et de l'utérus, on ne pratique pas de stérilisation.

A noter que la tranche de suture fut très hémorragique.

Enfant vivant, criant aussitôt, de 3500 grs.

Suites parfaites.

OBS. 164. — 17 septembre 1952. Obs. clin. de la Maternité du Creusot.

Mme L., 34 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 2 césariennes dont une en 1948 pour présentation de l'épaule irréductible.

Grossesse normale. A. P. : Octobre ?

Intervention sous A. G.

Césarienne segmentaire bi-itérative prophylactique.

Extraction d'un enfant vivant de 2200 grs.

En raison de la bonne cicatrice utérine, on ne pratique pas de stérilisation.

Suites simples.

OBS. 165. — 2 décembre 1952. Obs. clin. de la Maternité du Creusot.

Mme B., 34 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 2 césariennes à terme. Enfants vivants.

Grossesse bien supportée. A. P. : fin Novembre.

Intervention sous A. G.

Césarienne bi-itérative. Pas de difficultés opératoires importantes.
Cicatrice utérine parfaite. Pas de stérilisation. Extraction d'un enfant vivant de 3300 grs criant aussitôt.

Suites parfaites.

OBS. 166. — 9 janvier 1950. Obs. clin. de la Maternité du Creusot.

Mme C., 35 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 2 Hystérotomies à terme. Enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 10 janvier.

Intervention sous A. G.

3^e césarienne segmentaire sans incident.

Extraction d'un enfant vivant de 3750 grs.

Pas de stérilisation en raison de la bonne suture utérine.

Suites simples.

OBS. 167. — 29 janvier 1950. Obs. clin. de la Maternité du Creusot.

Mme C., 42 ans, 4 G., 4 P. : 3^e césarienne. Bassin limite.

A. O. : 1^{er} accouchement normal.

1946 Hystérotomie après longue épreuve du travail. Enfant
de 4250 grs mort-né.

1948 Hystérotomie à terme. Enfant vivant.

Grossesse normale. A. P. : fin Janvier.

Intervention sous A. G. pour souffrance fœtale sans début de travail.

Césarienne segmentaire rapide. Pas de difficultés opératoires.

Extraction d'un enfant qui ne peut être ranimé.

Pas de stérilisation en raison du bon état du segment et des deux
décès fœtaux.

Suites simples.

OBS. 168. — 17 mars. Obs. clin. personnelle du Dr. NOTTER.

Mme G., 3 G., 3 P. : 3^e césarienne prophylactique. Bassin A. G. R.

A. O. : 1949 2^e césarienne. Enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : fin mars.

Intervention sous A. G.

Hystérotomie segmentaire classique.

En raison de la solidité apparente des cicatrices antérieures, on ne
stérilise pas cette malade.

Fermeture en 3 plans.

Suites simples.

OBS. 169. — 12 décembre 1952. Obs. clin. 2405 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme J., 38 ans, 5 G., 5 P. : 3^e césarienne. Bassin limite + atrésie vaginale.

A. O. : 2 accouchements normaux. 1 enfant mort après extraction longue.

2 césariennes. 2 enfants vivants de 3600 et 3650 grs.

Grossesse normale. A. P. : 15 décembre.

Rupture prématurée de la poche des eaux et début du travail le 12 décembre.

Intervention sous A. G.

Extraction sans incident d'un enfant vivant de 3700 grs par Hystérotomie segmentaire.

En aucun point, on n'a trouvé de cicatrice dangereuse sur le muscle. Dans ces conditions, on ne fait pas de stérilisation.

Fermeture en 3 plans sans incident.

Suites parfaites.

B. — Césariennes bi-itératives avec adhérences gênantes. Bon S. I.

OBS. 170. — 26 novembre 1948. Obs. clin. 2850 (Maternité Pr. BANSSILLON)

Mme P., 34 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne.

A. O. : 1943 Césarienne à 8 mois 1/2 : enfant vivant de 3750 grs.

1946 Césarienne à 8 mois 1/2 : enfant vivant de 2950 grs.

Grossesse normale. A. P. : 4 décembre.

Intervention sous A. G.

Césarienne bi-itérative pour une 3^e gestation.

On est gêné par une adhérence péritonéale marquée surtout en bas. Hystérotomie segmento-corporéale assez hémorragique.

Cure de l'éventration. Pas de stérilisation.

Suites parfaites.

OBS. 171. — 2 février 1950. Obs. clin. 466 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme B., 37 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci. Luxation de la hanche.

A. O. : 1946 Césarienne à terme. Fille vivante de 2650 grs.

1947 Césarienne à 12 jours du terme. Fille vivante de 2600 grs.

Grossesse bien supportée. A. P. : 2 mars.

Entre le 27 février. Présentation haute extra-médiane. Col perméable à un doigt. Devant les antécédents obstétricaux, le bassin, le manque d'adaptation de la tête, on intervient :

Intervention sous A. G.

Section des différents plans. Tissu cicatriciel. Adhérences péritonéales. Incision segmento-corporéale.

Extraction d'une fille vivante de 3100 grs. Pas de stérilisation.
Fermeture en 3 plans.
Suites parfaites.

OBS. 172. — 17 août 1953. Obs. clin. 1600 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme F., 27 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin barré au détroit moyen par une tumeur de l'épine sciatique.

A. O. : 1950 Césarienne à terme après épreuve du travail. Fille vivante de 3700 grs.

1952 Césarienne à terme au début du travail. Fille vivante de 3800 grs.

Grossesse bien supportée. A. P. : 10 août.

Le malade perd les eaux sans début de travail. Tête mobile. BC+. Col perméable à un doigt.

Intervention sous A. G.

Incision sur la cicatrice antérieure. Adhérences épiploïques sur le péritoine pariétal antérieur juste au-dessous de l'ombilic.

Adhérence péritonéale entre la face antérieure de l'utérus au niveau de son tiers supérieur et la paroi antérieure. Section entre 2 ligatures. Césarienne segmento-corporéale longitudinale.

Extraction d'un enfant de 4150 grs en état de mort apparente ranimé en 5 minutes.

Methergin 2 cc dans le muscle utérin. (Utérus bien contracté au cours de la délivrance).

Suture utérine en 2 plans. Fermeture totale.

Pas de stérilisation.

Suites simples.

Examen Anatomico-pathologique (Dr. PLAUCHU).

Pas de trace de cicatrice. Aucune lésion importante. Muscle utérin pratiquement normal. Pas de lésions vasculaires.

OBS. 173. — 19 janvier 1950. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme G., 35 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 1^{er} accouchement enfant mort-né.

2 Césariennes à terme : enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 15 janvier.

Intervention sous A. G.

Malgré des adhérences péritonéales assez importantes, on a pu faire une incision segmentaire sous-péritonéale d'après la technique habituelle. Pas de stérilisation. Enfant vivant de 3400 grs.

Suites simples.

OBS. 174. — 8 mai 1945. Obs. clin. 319 (Maternité de la Croix-Rousse).

Mme V., 38 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 2 césariennes antérieures. Enfants vivants.

Grossesse bien supportée. Terme inconnu. Hystérotomie prophylactique.

Intervention sous A. G.

Ligne blanche découverte avec difficulté. Incision de la paroi sur le côté interne du grand droit à droite. Hémorragie de la tranche musculaire. Décollement difficile du péritoine.

Incision segmento-corporéale, type Audebert. On est obligé de décoller légèrement le placenta dont la partie inférieure arrive à la limite supérieure de l'incision.

Extraction d'un enfant vivant de 3580 grs. Délivrance manuelle.

Réfection soigneuse de la paroi.

Suites simples.

C. — LES CESARIENNES MULTIPLES SANS STERILISATION

I. — Après épreuve du travail

ABS. 175. — 11 novembre 1947. Obs. clin. 2243 (Clinique Obstétricale).

Mme R., 38 ans, 6 G., 6 P. : 6^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 5 césariennes avec enfants vivants en 1933, 1935, 1937, 1939, 1945.

Malade chez laquelle le Pr. TRILLAT n'a pu pratiquer une stérilisation après sa 5^e grossesse en raison du plancher d'adhérences unissant l'utérus au péritoine pariétal.

Grossesse normale. A. P. : 20 novembre.

Début des douleurs le 10 novembre à 24 heures. Le 11 à 8 heures, rupture spontanée de la poche des eaux.

Intervention sous A. G. (la malade refuse la rachianesthésie).

Grosses difficultés du fait qu'il s'agit d'une femme pléthorique ayant constamment des mucosités trachéo-bronchiques.

Heureusement, il existe une barrière péritonéale sur la ligne médiane; mais à droite, le gros intestin et le grêle ont tendance à venir dans le champ opératoire sous l'effet des efforts abdominaux constants.

Incision segmento-corporéale longitudinale.

Extraction d'une fille vivante de 2760 grs.

Fermeture utérine en 3 plans. Pénicilline. Fermeture de la paroi en 3 plans.

Suites relativement simples. Lymphangite.

II. — Césariennes prophylactiques

OBS. 176. — 23 juin 1945. Obs. clin. 987 (Clinique Obstétricale).

Mme R., 36 ans, 5 G., 5. GP. : 5° césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 4 Hystérotomies à l'Hôtel-Dieu. Un enfant mort de méningite.
Grossesse normale. A. P. : 22 juillet.

Rupture spontanée des membranes le 23 juin au 8° mois.

La stérilisation a été impossible à la dernière intervention, étant donné l'absence de péritoine libre, la paroi utérine faisant corps avec le fascia.

Intervention sous A. G.

Tissu sous-cutané exsangue et cicatriciel. L'incision est un peu plus à gauche que la précédente, montrant une adhérence pariéto-utérine à droite, mais un péritoine libre à gauche. Contrairement à ce qui s'est passé au cours de la césarienne précédente, on est tombé directement sur le péritoine pariétal qui est ouvert et l'on constate que les adhérences utéro-pariétales au travers desquelles on était passé lors de la précédente intervention, sont en réalité très limitées à une zone d'environ 6 à 7 cms de longueur et d'un cm. 1/2 d'épaisseur.

Césarienne segmento-corporéale.

Extraction d'un enfant vivant de 2400 grs.

Suture utérine en 2 plans comprenant une grande partie du corps utérin.

Suture pariétale aux crins.

Suites parfaites.

OBS. 177. — Observation parue dans le Bulletin Société Gyn. Obs., 1939,

p. 441 (MM. TRILLAT et AMBRE).

4° césarienne itérative. Pas de stérilisation. Bassin rétréci.

A la 3° césarienne, résection facile d'une partie de la trompe gauche; il est impossible d'extraire la trompe droite à cause des adhérences.

Intervention.

Dissection du tissu cicatriciel. On ne peut reconstituer la gaine des Grands droits.

La vessie remonte à 4 travers de doigt au-dessus du pubis, adhérente à la paroi antérieure de l'utérus qui adhère à la paroi dans le tiers supérieur de l'incision.

Mise à nu du Segment inférieur. Incision du tissu utérin extrêmement cicatriciel, saignant peu.

Pas de stérilisation.

Suites simples.

OBS. 178. — Février 1952. Obs. clin. 316 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme X., 30 ans, 4 G., 4 P. : 4^e césarienne. Bassin rachitique chirurgical.

A. O. : 3 césariennes. Une après courte épreuve du travail.

Les deux suivantes prophylactiques.

Enfants vivants de poids moyen de 2.900 à 3.100 grs.

Grossesse normale. A. P. : Début février.

La malade ayant dépassé son terme de 8 jours environ, on décide une césarienne prophylactique.

Intervention sous A. G.

Quelques adhérences peu nombreuses entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral. Le péritoine viscéral se décolle bien et ce décollement peut même être quelque peu prolongé sur la face antérieure du corps utérin.

On ne retrouve pas de trace de tissu cicatriciel utérin.

A l'incision du muscle tant segmentaire que corporéal (2 cm. environ), le muscle a son épaisseur normale, ne se dilacère pas, la tranche de section saigne normalement. Aussi sur ces constatations, on ne stérilise pas cette malade.

Suture soignée en 3 plans. Réfection satisfaisante de la paroi.

Enfant vivant de 2900 grs criant presque aussitôt.

Nous n'avons pas stérilisé cette malade en raison de la parfaite tolérance des hystérotomies antérieures, de l'excellent aspect de son segment inférieur, de la qualité parfaite des cicatrices antérieures pratiquement invisibles. Il est certain que cet utérus pourrait supporter sans dommage une 5^e gestation. Nous avons fait part des motifs de notre décision à l'intéressée qui s'en est montré très satisfaite, étant sur le point de contracter un nouveau mariage dont elle souhaite une postérité nouvelle.

II. — LES CESARIENNES SUIVIES DE STERILISATION

A. — LES CESARIENNES ITERATIVES

Après épreuve du travail

OBS. 179. — 21 janvier 1952. Obs. clin. 52 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

Mme P., 37 ans, 2 G., 2 P. : 2^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 1950 Hystérotomie basse. Enfant vivant de 3600 grs.

Grossesse normale. A. P. : 30 janvier.

Le 21 janvier, la malade entre dans le service avec quelques douleurs. Mais la tête reste haute et mobilisable. On décide une césarienne itérative.

Intervention sous A. G.

Les muscles de la paroi abdominale ainsi qu'il a été signalé au cours de la 1^{re} opération ont très mal tenus. On arrive malgré tout à disséquer les plans.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on note que le segment inférieur est peu formé. Il existe de façon indiscutable une rupture sous-péritonéale de celui-ci, la poche des eaux faisant saillie sur toute la hauteur du segment sous le péritoine segmentaire.

Extraction facile d'un enfant qui respire aussitôt. Délivrance manuelle.

Fermeture de l'utérus en 2 plans terminée par la péritonisation. Etant donné l'existence de cette rupture spontanée, la malade ayant 2 enfants vivants, on décide de pratiquer une stérilisation : celle-ci est faite sans difficultés par résection des ampoules tubaires. 500.000 u. de Pénicilline.

Fermeture classique (Durée 50 minutes).

Suites parfaites.

Examen Anatomo-pathologique (Dr. PLAUCHU).

Le fragment de segment est bel et bien subnormal à 1^{re} vue. Il s'agit d'un muscle utérin très congestif avec cellules sympathiques nerveuses, qui comporte peut-être à son intérieur de petits foyers inflammatoires périvasculaires. En dedans, membranes absolument régulières et toute une couche de cellules déciduales entre une membrane et le muscle. Donc tout de même peut-être, un certain état inflammatoire et congestif qui peut dans une certaine mesure expliquer la rupture.

OBS. 180. — 18 juin 1947. Obs. clin. 1240 (Clinique Obstétricale).

Mme P., 35 ans, 3 G., 3 P. : 2^e césarienne. Bassin aplati pur.

A. M. : Mal de Pott.

A. O. : Césarienne. Enfant vivant.

2^e accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Enfant vivant.

Grossesse normale. A. P. : 28 juin.

Début des douleurs le 18 juin. La césarienne itérative est décidée.

Intervention sous A. G.

Résection de la cicatrice ancienne. Incision de la ligne blanche. Incision en T du péritoine viscéral.

Hystérotomie basse. Enfant vivant de 2400 grs extrait par le siège. Délivrance manuelle.

Suture en 3 plans.

Ligature des trompes après résection bilatérale des 2/3 externes.

Fermeture classique.

Suites simples.

B. — LES CESARIENNES BI-ITERATIVES

I. — Après épreuve du travail

A. — Stérilisation systématique.

OBS. 181. — 13 juillet 1951. Obs. clin. 1341 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme M., 32 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 1944 Césarienne. Fille vivante de 3450 grs.

1947 Césarienne. Garçon vivant de 3050 grs.

Grossesse normale. A. P. : 18 juillet.

La veille du jour où on devait faire une césarienne prophylactique, la malade entre en travail, ce qui avance le terme de 1'.

Intervention sous A. G. (après 22 heures de travail).

Résection de la cicatrice cutanée.

On ne retrouve pas la trace des césariennes antérieures.

Césarienne segmento-corporéale.

Enfant criant aussitôt, pesant 3.600 grs.

Suture en 2 plans de l'utérus.

Ligatures des 2 trompes et résection.

Fermeture aux crins.

Suites parfaites.

OBS. 182. — 24 avril 1953. Obs. clin. 395 (Maternité Dr. BROCHIER).

Mme P., 25 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin aplati.

A. O. : En 1949 et en 1951, césariennes à terme.

Grossesse normale. A. P. : 23 avril.

Le 24 avril, la malade entre en travail durant 5 heures.

Intervention sous A. G.

L. M. S. O. prudente, passant en plein tissu cicatriciel, il n'existe pas d'adhérences entre le péritoine pariétal et le péritoine viscéral, mais par contre le décollement du péritoine viscéral est difficile et se fait sur une courte surface.

Incision du segment inférieur, empiétant sur le corps.

Celle-ci est juste suffisante pour extraire avec quelques difficultés une tête qui fuit dans la F. I. G. L'enfant de 3530 grs respire aussitôt. Délivrance manuelle.

Suture de la paroi utérine en 2 plans. Suture du péritoine viscéral.

Salpingectomie pratiquement totale, avec enfouissement des moignons.

Fermeture totale (Durée 50 minutes).

Suites parfaites.

OBS. 183. — 16 juillet 1951. Obs. clin. 1100 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

Mme C., 37 ans, 4 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 1942 Accouchement spontané à terme. Fille de 2380 grs,
Siège mort-née.

1943 Hystérotomie à terme. Garçon de 3100 grs.

1947 Hystérotomie à terme. Fille de 2880 grs.

Grossesse normale. A. P. : début Août.

La malade entre dans le service après 6 heures de douleurs, poche des eaux rompues spontanément, le sommet reste mobile. Epreuve du travail négative.

Intervention sous A. G.

On apporte une grande prudence au moment de la L. M. dans la crainte de léser quelques anses grèles. Incision segmentaire. Extraction d'une fille de 2550 grs criant aussitôt. Péritonisation satisfaisante.

S'inspirant du fait que la malade subit une 3^e césarienne et pour prévenir les accidents très graves qui pourraient survenir au cours d'une nouvelle grossesse, on pratique une résection des pavillons et des ampoules de la trompe sans difficulté. Pénicilline intra-péritonéale.

Suture de l'utérus en 2 plans, de la paroi en 3 plans.

Suites parfaites.

OBS. 184. — 7 novembre 1952. Obs. clin. 1031 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

Mme L., 34 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 1942 Hystérotomie. Enfant vivant de 3200 grs.

1944 Hystérotomie. Enfant vivant de 4000 grs.

Grossesse normale. A. P. : 17 novembre.

La malade entre dans le service, avant terme, ayant pris des douleurs dans la journée.

Intervention sous A. G.

L. M. S. O. gênée par une adhérence. Décollement du cul-de-sac vésico-utérin. Petit lambeau pré-vésical très insuffisant.

Incision de l'utérus pratiquement corporéale, donnant lieu à une hémorragie.

Extraction d'un enfant vivant de 2700 grs. Extraction d'un placenta découronné.

Suture du muscle en 2 plans; on ramène devant un plan de péritoine vésical.

Résection d'un fragment tubaire des 2 côtés, sur le côté droit, enfouissement de la partie juxta-utérine de la trompe.

Fermeture soigneuse de la paroi.

Suites parfaites.

OBS. 185. — 2 septembre 1935. Obs. clin. 979 (Clinique Obstétricale).

Mme L., 28 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 2 accouchements par Hystérotomie basse. Un enfant décédé de Broncho-pneumonie.

Grossesse normale. A. P. : 20 septembre.

Epreuve du travail courte de 3 heures, négative, la présentation reste haute et mobile.

Intervention sous Rachi.

Hystérotomie basse. Pas de notion d'adhérences gênantes et de cicatrices utérines dangereuses.

Extraction d'un enfant vivant de 2850 grs vigoureux.

Stérilisation par section et enfouissement des trompes de chaque côté dans le méso-salpinx.

Suites simples.

OBS. 186. — 12 mai 1946. Obs. clin. 444 (Maternité de la Croix-Rousse).

Mme M., 39 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin chirurgical.

A. M. : Tuberculose pulmonaire. Pneumothorax droit.

A. O. : 2 césariennes antérieures : enfants vivants.

Epreuve du travail de 4 heures négative.

Intervention sous Rachi.

Aucune adhérence. Hystérotomie segmentaire.

Extraction d'un enfant vivant de 2850 grs. Délivrance manuelle.

Section et enfouissement des trompes à leur partie moyenne dans le méso-salpinx.

Suites simples. Réinsufflation du pneumothorax.

OBS. 187. — 29 octobre 1946. Obs. clin. 2007 (Clinique Obstétricale).

Mme T., 34 ans, 4 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin aplati; un peu G. R. asymétrique.

A. O. : 1933 Hystérotomie. Enfant vivant.

1935 Hystérotomie. Enfant vivant.

Un avortement de 2 mois.

Grossesse normale. A. P. : 1^{er} novembre.

Début des douleurs le 28 octobre. Epreuve du travail négative.

Intervention sous Rachi.

Incision entre deux cicatrices antérieures, il est pratiquement impossible de disséquer les plans de la paroi.

On arrive à décoller suffisamment de péritoine segmentaire pour pratiquer une péritonisation après extraction d'un garçon vivant de 3460 grs, de la délivrance et la suture de l'utérus.

Il existe à droite de la ligne médiane une adhérence de la largeur d'un pouce donnant l'aspect d'un ligament rond. On est obligé de sectionner cette adhérence pour pouvoir rechercher les trompes.

Résection de la moitié externe des 2 trompes.

Stérilisation sur la demande de la malade.

Suites simples.

OBS. 188. — 26 janvier 1946. Obs. clin. 154 (Clinique Obstétricale).

Mme P., 32 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 2 césariennes : 2 filles de 3500 grs et 2800 grs vivantes.

Grossesse normale. A. P. : 15 janvier.

Début des douleurs le 26 janvier.

Intervention sous Rachis.

Résection de l'ancienne cicatrice. On arrive à disséquer les plans de la paroi abdominale, le péritoine segmentaire peut être décollé, bien qu'en de nombreux points, il existe des trousseaux fibreux entre le péritoine et le segment inférieur.

Extraction d'un enfant vivant de 3000 grs. Délivrance manuelle.

Fermeture de la paroi utérine en 2 plans. Péritonisation.

On va à la recherche des trompes pour pratiquer la stérilisation : la droite est facile à aborder. Résection des 2/3 externes; la gauche est d'abord beaucoup plus difficile, car il existe des adhérences utéro-pariétales et épiploïques : Il faut effondrer un toit d'adhérences pour trouver cette trompe qui, avec l'ovaire, se trouvait isolée dans la grande cavité péritonéale.

Double suture de la partie moyenne de la trompe avec résection du conduit entre 2 ligatures.

Fermeture de la paroi plan par plan.

Suites simples.

OBS. 189. — 26 novembre 1931. Obs. clin. 103 (Thèse VEYRAT).

Mme P., 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin aplati.

A. O. : En 1926 et 1929, Césariennes segmentaires.

Grossesse normale. A. R. P. : 30 novembre.

Début des douleurs le 25 novembre. Epreuve du travail de 38 heures.

Intervention sous A. G.

Paroi abdominale fortement suturée. Les droits sont presque au contact l'un de l'autre sur la ligne médiane.

Aucune adhérence épiploïque au péritoine de l'utérus.

On constate un état cicatriciel du segment inférieur.

Résection des trompes.

Suites très bonnes.

OBS. 190. — 5 juin 1932. Obs. clin. 120 (Thèse VEYRAT).

Mme M., 4 G. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : En 1923 et 1925, enfants prématurés.

1928 Avortement.

En 1930 et 1931 Césariennes.

Grossesse normale. A. P. : 30 juin.

Epreuve du travail de 12 heures négative.

Intervention sous A. G.

Cicatrice abdominale solide. Grands droits accolés sur la ligne médiane.

Tissu cicatriciel sur le segment inférieur.

Ligature des trompes sur la demande de la malade.

Suites simples.

Obs. 191. — 30 avril 1945. Obs. clin. 723 (Clinique Obstétricale).

Mme B., 35 ans, 5 G., 5 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 1^{er} accouchement à terme : enfant mort.

2^e accouchement : forceps, enfant mort.

Césarienne. Enfant vivant de 3.800 grs.

Césarienne. Enfant vivant de 3.500 grs.

Grossesse normale. A. P. : 6 mai.

Début des douleurs le 29 avril.

Intervention sous Raché.

Hystérotomie segmentaire.

Adhérences utéro-vésicales.

Extraction d'un enfant vivant de 3420 grs.

Stérilisation suivant la technique classique.

Suites fébriles : Hématome de la paroi. Guérison.

B. — Césariennes suivies de stérilisation pour altération anatomique.

Obs. 192. — 14 janvier 1952. Obs. clin. 148 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme G., 32 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 1945 Hystérotomie à terme. Enfant de 3940 grs vivant.

1947 Hystérotomie à terme. Enfant de 3450 grs vivant.

Césarienne bi-itérative, après une courte épreuve du travail négative durant 5 heures, le col est à 3 cms, la tête est haute et mobile.

B. C. +. Impression de gros enfant.

Intervention sous Raché.

Césarienne sans incident sur la partie inférieure de la cicatrice.

Muscle d'une minceur extrême, au point qu'on a l'impression d'avoir le cuir chevelu sous le péritoine.

Stérilisation par ablation des 2 pavillons sans incident.

Fermeture en 3 plans.

A noter que le garçon de 4200 grs baignait dans un liquide méconial, purée de poix.

Suites simples.

Obs. 193. — 15 mai 1945. Obs. clin. 788 (Clinique Obstétricale).

Mme R., 4 G., 4 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : Embryotomie pour le premier accouchement.

Hystérotomie. Enfant vivant de 4000 grs.

Hystérotomie. Enfant vivant de 4300 grs.

Grossesse normale. Présentation du siège complet. A. P. : 16 mai.

Début des douleurs le 15 mai avec rupture de la poche des eaux.

Epreuve du travail de 6 heures négative.

Intervention sous A. G.

Nombreuses adhérences épiploïques. Utérus fortement dextro-posé, dont le segment apparaît très cicatriciel avec péritoine adhérent. Incision, après avoir décollé la vessie, pour libérer la partie inférieure du segment inférieur.

Extraction facile d'une fille vivante de 4000 grs en présentation du siège.

Réfection en 2 plans de l'utérus, 3^e plan péritonéal grâce à une « redingote » vésicale.

Stérilisation par section après ligature de 3 cms de chaque côté. Fermeture classique.

Suites simples.

II. — Césariennes prophylactiques

A. — Césariennes suivies de stérilisation systématique.

OBS. 194. — 18 juillet 1950. Obs. clin. 1459 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme S., 30 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin chirurgical.

A. O. : 2 Hystérotomies à terme. Enfants vivants de 3600 grs et 3400 grs.

Grossesse bien supportée. A. P. : 2 août.

Intervention sous A. G.

La paroi abdominale est facilement disséquée en 3 plans après résection de la cicatrice.

Volumineux semis variqueux de la grosseur d'un pouce sur les bords latéraux du segment inférieur, au niveau du repli vésico-utérin.

On arrive à disséquer du péritoine segmentaire sur la ligne médiane sans grande difficulté et l'on peut disséquer du péritoine à la partie inférieure du corps utérin qui sera incisé sur 2 cms.

Incision longitudinale du segment allant du cul-de-sac vésico-utérin à un cm. au-dessus du segment.

Extraction facile d'un enfant ranimé rapidement. Délivrance manuelle. Fermeture de l'utérus en 2 plans. Péritonisation facile et totale avec le péritoine segmentaire.

On repère facilement les pavillons tubaires qui sont réséqués sur 3 cms. Fermeture classique sous Pénicilline.

Suites parfaites.

OBS. 195. — 10 mai 1950. Obs. clin. 952 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme S., 23 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne.

A. O. : 1946 Césarienne à terme. Enfant vivant.

1947 Césarienne à terme. Enfant vivant.

Grossesse normale. A. P. : 13 mai.

Intervention sous A. G.

Ablation de la cicatrice.

Incision longitudinale du segment inférieur bien constitué.

Extraction sans incident d'une fille de 2800 grs.

Fermeture classique. Péritonisation satisfaisante.

Ablation de l'ampoule et du pavillon des 2 trompes.

Fermeture de la paroi sans incident.

Suites parfaites.

OBS. 196. — 6 décembre 1949. Obs. clin. 2406 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme F., 37 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 1939 Césarienne à terme. Enfant vivant de 3700 grs.

1946 Césarienne à terme. Enfant vivant de 3600 grs.

Grossesse normale. A. P. : 8 décembre.

Intervention sous Rachi.

Utérus en latéro-déviation droite, présentant les annexes gauches sur la ligne médiane. Ablation du pavillon et de la trompe sur 10 cms.

Hystérotomie classique. Extraction d'un garçon qui crie aussitôt.

Péritonisation après castration droite sur 10 cms.

Fermeture en 3 plans (Durée 40 minutes).

Suites simples.

OBS. 197. — 1^{er} juin 1949. Obs. clin. 1096 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme B., 27 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. M. : Néphropathie gravidique albumineuse simple.

A. O. : 1945 Césarienne à terme.

1947 Césarienne à terme : enfant vivant.

Grossesse bien supportée. A. P. : 10 juin.

Intervention sous A. G. (Essai de Rachi, mais femme obèse).

Il existe peu de segment, mais on peut disséquer néanmoins un plan péritonéal.

Extraction sans incident d'une fille de 2520 grs.

Fermeture de l'utérus en 3 plans.

Ligature des 2 trompes sans incident. Pénisulfa.

Fermeture en 3 plans.

Suites simples.

OBS. 198. — 25 avril 1949. Obs. clin. 824 (Maternité Pr. TRILLAT).

Mme L., 36 ans, 5 G., 4 P. : 3^e césarienne.

A. O. : Un forceps : Enfant mort.

1^{re} césarienne à l'Hôtel-Dieu.

Une césarienne à l'Hôpital Edouard-Herriot.

Un avortement de 4 mois.

Grossesse bien supportée. A. P. : 23 avril.

Intervention sous A. G.

L. M. S. O. sans réséquer l'ancienne cicatrice. Dissection assez facile de la paroi.

Hystérotomie basse sans difficulté. Fermeture en 3 plans.
Stérilisation par amputation, après ligature, de la partie ampullaire des trompes.

Fermeture en 3 plans.

Suites simples.

OBS. 199. — 16 juillet 1951. Obs. clin. 786 (Maternité Dr. BROCHIER).

Mme G., 27 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne.

A. O. : 1946 Hystérotomie. Enfant vivant de 3100 grs.

1948 Hystérotomie au début du travail pour présentation transversale irréductible.

Grossesse bien supportée. A. P. : 20 juillet.

Le 15 juillet, rupture spontanée de la poche des eaux. Pas de douleurs.

Intervention sous A. G.

L. M. S. O. après résection de la cicatrice antérieure. Incision de la paroi laborieuse et hémorragique par les interventions antérieures.

Après ouverture du péritoine, on constate qu'il n'existe pratiquement pas de segment, et que le cul-de-sac vésico-utérin est en position haute en raison des péritonisations précédentes.

Nombreuses adhérences épiploïques dans la région du fond utérin.

Incision^e de la paroi utérine qui porte en grande partie sur le corps.

Extraction d'un enfant en présentation du siège. Délivrance manuelle.

Fermeture de la paroi utérine en 2 plans, plus un plan péritonéal. Après libération du fond utérin de ses adhérences dont certaines sont sectionnées entre 2 ligatures et résection des trompes sur 4 cms.

Fermeture classique.

Suites simples.

OBS. 200. — 26 avril 1949. Obs. clin. 482 (Maternité Dr. BROCHIER).

Mme G., 29 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin aplati.

A. O. : 1945 Hystérotomie. Enfant vivant de 3400 grs.

1947 Hystérotomie. Enfant vivant de 3760 grs.

Grossesse normale. A. P. : 26 avril.

Intervention sous A. G.

L. M. S. O. en pleine cicatrice sans résection.

Il n'y a pas de segment inférieur, mais on arrive cependant à décoller une certaine étendue de péritoine viscéral.

Incision longitudinale. Extraction d'un enfant vivant de 3350 grs.

Délivrance manuelle. Suture utérine en un plan.

Section des trompes entre 2 ligatures.

Reconstitution de la paroi en 3 plans avec difficulté de retrouver du côté droit le grand droit.

Suites simples.

OBS. 201. — 30 juillet 1950. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme C., 35 ans : 3^e césarienne.

A. O. : 2 césariennes à terme. Enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 28 juillet.

Intervention sous A. G.

Césarienne basse bi-itérative à terme.

Extraction d'un enfant vivant de 3400 grs.

Sur demande de la malade, on stérilise cette femme par section des trompes.

Suites simples.

OBS. 202. — 13 février 1952. Obs. de la Maternité du Creusot.

Mme T., 27 ans, 5 G., 5 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : Accouchement gémellaire; un enfant vivant, un enfant mort.

1947 Césarienne à terme : enfant vivant.

1948 Césarienne à terme : enfant vivant.

1950 Avortement à 3 mois.

Grossesse normale. A. P. : 14 février.

Intervention sous A. G.

Hystérotomie bi-itérative. Adhérences péritonéales importantes pré-vésicales.

Extraction d'un enfant vivant de 3100 grs.

Stérilisation par section et ligature des trompes.

Suites simples.

OBS. 203. — 9 mai 1947. Obs. clin. 943 (Clinique Obstétricale).

Mme D., 38 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 2 césariennes antérieures à terme : Enfants vivants.

Grossesse bien supportée. A. P. : 9 mai.

Intervention sous Raché.

L. M. S. O. : Résection des cicatrices antérieures.

Incision en un seul temps de la paroi fibro-musculaire et du péritoine qui adhère. On est gêné en bas par la vessie qui adhère assez haut à la paroi et par une importante dextro-torsion. On fera une incision segmento-corporeale à droite de la cicatrice scléreuse antérieure.

Fille vivante de 3850 grs. Délivrance manuelle.

Réfection de la paroi utérine en 2 plans.

On stérilise la malade du fait de sa 3^e césarienne et sur sa demande.

A gauche, exérèse du pavillon et du 1/3 externe de la trompe.

A droite, on est gêné par la dextrotorsion utérine et la présence d'adhérences que l'on libère aussi loin que possible. On fait une simple section de la trompe entre 2 ligatures, tout près de sa partie interstielle.

Fermeture en 3 plans.

Suites parfaites.

OBS. 204. — 18 octobre 1945. Obs. clin. 715 (Maternité de la Croix-Rousse).

Mme V., 29 ans, 6 G., 6 P. : 3^e césarienne. Bassin aplati pur.

A. M. : Syphilis.

A. O. : 2 accouchements avec mort de l'enfant durant le travail.

2 Hystérotomies avec enfants vivants.

Une fausse-couche.

Grossesse bien supportée. Syphilis traitée. A. P. : 3^e césarienne.

Etant donné que la gestante a eu 2 hystérotomies, que l'enfant est gros et que l'indication d'intervenir se trouve posée pour assurer la stérilisation, on décide de pratiquer une césarienne prophylactique.

Intervention sous A. G.

Incision de la cicatrice antérieure. Eventration et adhérence à la partie inférieure entre la vessie et la paroi.

Péritoine viscéral impossible à décoller, mais on ne trouve aucune trace des incisions utérines antérieures. Incision segmento-corporéale de 10 cms.

Extraction facile d'un enfant en présentation du siège pesant 3770 grs criant aussitôt. Délivrance manuelle.

Suture utérine. Ligature intra-musculaire des sinus qui saignent au cours de la suture.

Réfection soigneuse de la paroi.

Stérilisation par la méthode habituelle.

Suites bonnes.

OBS. 205. — 4 décembre 1944. Obs. clin. 1744 (Clinique Obstétricale).

Mme D., 33 ans, 5 G., 3 P. : 3^e césarienne.

A. O. : 2 avortements de 2 et 3 mois.

2 césariennes en 1939 et 1942. Enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 20 novembre.

Intervention sous A. G.

Césarienne basse sans incident. Pas de notion d'adhérences et de cicatrice utérine.

Extraction d'un enfant vivant de 3400 grs.

Stérilisation suivant la technique habituelle.

Suites simples.

OBS. 206. — 9 décembre 1944. Obs. clin. 1770 (Clinique Obstétricale).

Mme C., 28 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 1933 Césarienne. Enfant vivant.

1940 Césarienne. Enfant décédé à 2 mois.

Grossesse normale. A. P. : 20 novembre.

Intervention sous A. G.

Césarienne segmentaire sans incident. Pas de notion de cicatrice utérine.

Extraction d'un garçon vivant de 3220 grs.
Stérilisation suivant la technique habituelle.
Suites troublées par bronchite et endométrite. Guérison.

B. — Césariennes suivies de stérilisation pour altération anatomique.

OBS. 207. — 11 décembre 1952. Obs. clin. 2401 (Maternité Pr. PIGEAUD).

Mme G., 30 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin sensiblement normal.

A. O. : 1944. Césarienne pour dystocie utérine pure.

1948. Césarienne après courte épreuve du travail.

Grossesse normale. A. P. : 2 décembre.

Intervention sous A. G.

Le segment inférieur très cicatriciel est assez mince et ne permet pas de décoller le péritoine viscéral.

Après extraction de l'enfant, suture de la plus grande partie de la cicatrice (2/3 supérieurs) en 2 plans et de la partie inférieure en 3 plans au moyen d'un petit lambeau péritonéal.

Réséction d'un fragment tubaire des 2 côtés avec enfouissement de l'extrémité utérine. Pénicilline dans l'abdomen.

Fermeture soigneuse de la paroi abdominale.

L'autorisation de la stérilisation a été donnée à M. MAGNIN par les intéressés, par écrit le 17 novembre.

Suites parfaites.

OBS. 208. — 20 mars 1951. Obs. clin. 304 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

Mme C., 27 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 1948. Hystérotomie à terme. Enfant de 3600 grs.

1949. Hystérotomie à terme. Garçon de 3700 grs.

La malade entre dans le service pour une courte épreuve du travail. Pas de douleurs. On intervient.

Intervention sous Rachi.

Réséction de la cicatrice. La dissection des plans superficiels est assez laborieuse en raison des interventions antérieures et il faut 1/4 d'heure de manœuvres prudentes pour isoler muscle et aponévrose. Ce temps préalable étant effectué, on ouvre facilement la cavité péritonéale où il n'existe pas d'adhérences.

On pratique une césarienne basse classique avec incision longitudinale de la paroi, après l'avoir isolée facilement du péritoine segmentaire. Extraction facile de l'enfant criant aussitôt.

Suture en 2 plans de l'utérus et péritonisation très satisfaisante.

Etant donné que le segment était très mince et donnait une impression cicatricielle, on décide de stériliser cette femme.

On repère aisément les 2 pavillons tubaires et l'on résèque de chaque côté 4 à 5 cms de trompe.

Fermeture aisée plan par plan (Durée 70 minutes).

Suites simples.

OBS. 209. — 12 décembre 1937. Obs. clin. 1115 (Clinique Obstétricale).

Mme B., 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin A. G. R.

A. O. : 2 hystérotomies en 1934 et 1935.

Grossesse normale. A. P. : Fin décembre.

Intervention sous A. G.

Hystérotomie segmento-corporéale. Décollement difficile du péritoine viscéral en raison des adhérences nombreuses séparant le champ opératoire de la grande cavité. Impossibilité de ménager un volet péritonéal.

Extraction d'un enfant vivant de 2680 grs vigoureux.

Stérilisation par ligature des trompes et enfouissement dans le méso-salpinx.

Suites simples.

OBS. 210. — 28 septembre 1947. Obs. clin. 1951 (Clinique Obstétricale).

Mme P., 34 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 2 Hystérotomies : 2 enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 26 septembre.

Intervention sous Rachi.

L. M. S. O. On a quelques difficultés considérables à reconnaître les différents plans de la paroi.

L'utérus est fortement dextro-tordu. On tombe directement sur le ligament rond et sur les énormes veines péri-utérines à gauche.

Incision utérine à cheval sur le corps et le segment.

Extraction d'un enfant vivant de 3100 grs. Délivrance manuelle.

La suture utérine est très délicate. Le tissu utérin est coupé par les catguts. On arrive finalement à fermer avec précaution en 2 plans la brèche.

Fermeture satisfaisante de la paroi.

Suites simples.

OBS. 211. — 31 mai 1947. Obs. clin. 1116 (Clinique Obstétricale).

Mme C., 37 ans, 3 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 2 Hystérotomies à terme : Enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 2 juin.

Intervention sous A. G.

Incision médiane. Dissection de la paroi abdominale; très cicatricielle.

Incision longitudinale de l'utérus avec dissections des 2 lambeaux péritonéaux qui permettent de réaliser partiellement l'exclusion à la Michon.

Paroi utérine très mince surtout dans sa partie inférieure.

Extraction facile d'un garçon en présentation du sommet, de 3680 grs.

Castration partielle bilatérale par résection des trompes sur la demande de la malade.

Suture de la paroi.

Suites troublées par une pneumonie. Guérison.

C. — LES CESARIENNES MULTIPLES (PLUS DE 3) SUIVIES DE STÉRILISATION

I. — Après épreuve du travail

A. — Stérilisation systématique.

OBS. 212. — 7 janvier 1952. Obs. clin. de la Maternité du Creusot.

Mme J., 40 ans, 4 G., 4 P. : 4^e césarienne. Bassin rétréci.

A. O. : 3 césariennes à terme : 3 enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 6 janvier.

Intervention sous A. G.

4^e césarienne à terme après courte épreuve du travail.

Extraction d'un enfant vivant de 3700 grs.

Pas de difficultés opératoires importantes.

Stérilisation par section tubaire.

Suites simples. Lymphangite.

B. — Stérilisation pour altération anatomique.

OBS. 213. — 12 décembre 1950. Obs. clin. 2707 (Maternité Pr. BANSSILLON).

Mme B., 34 ans, 6 G., 5 P. : 4^e césarienne. Bassin aplati.

A. O. : 1943. Accouchement à terme. Fille de 3000 grs.

1944. Césarienne. Fille de 3350 grs.

1947. Césarienne. Fille de 3150 grs.

1948. Avortement de 2 mois provoqué. Curettage.

1949. Césarienne. Garçon de 3500 grs décédé.

Grossesse bien supportée. A. P. : 25 décembre.

La malade entre le 12 décembre après début des douleurs depuis quelques heures. Rupture spontanée de la poche des eaux. Présentation haute et inadaptée.

Intervention sous A. G.

Péritoine pariétal très mince ne faisant qu'un avec l'aponévrose abdominale. Pas d'adhérence avec la face antérieure de l'utérus. Grosse vessie en porte-feuille avec cul-de-sac vésico-utérin plus ou moins comblé. Péritoine viscéral très mal décollable. On réalise cependant artificiellement un plan péritonéo-aponévrotique qui servira de 3^e plan d'enfouissement ultérieur.

Incision peu hémorragique cervico-segmentaire du muscle utérin qui donne l'impression d'une fragilité extrême surtout en bas. Le pôle inférieur de l'utérus en particulier est très mince, extrêmement friable

et l'on a nettement l'impression qu'une prolongation du travail même courte aurait inévitablement amené une rupture utérine. De même, une nouvelle distension utérine (grossesse ultérieure) risquerait certainement d'entraîner une rupture même spontanée au cours de la grossesse.

Suture soignée du tissu utérin en 3 plans.

On pratique de chaque côté une double plicature et ligature des trompes.

Réfection aussi soignée que possible de la paroi après résection de la cicatrice antérieure.

Fille vivante de 3350 grs.

Suites parfaites sous pénicilline.

II. — Césariennes prophylactiques

A. — Stérilisation systématique.

OBS. 214. — 1^{er} juin 1953. Obs. clin. de la Maternité du Creusot.

Mme K., 25 ans : 4^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 3 césariennés à terme après courte épreuve du travail.

Enfants vivants.

Grossesse bien supportée. A. P. : Début juin.

Intervention sous A. G.

Hystérotomie segmento-corporéale prophylactique.

Pas de notion de cicatrices utérines amincies.

Adhérences péritonéales peu gênantes.

Extraction d'un enfant vivant de 3700 grs.

Stérilisation par section et ligature des trompes.

Suites simples.

B. — Stérilisation pour altération anatomique.

OBS. 215. — 19 juillet 1952. Obs. clin. de la Maternité du Creusot.

Mme L., 24 ans : 4^e césarienne. Bassin T. R.

A. O. : 1947 - 1948 - 1950 : Césariennes segmentaires. Enfants vivants.

Grossesse normale. A. P. : 22 juillet.

Intervention sous A. G.

Hystérotomie au début du travail dès les premières douleurs.

Adhérence péritonéale importante à la paroi abdominale.

Minceur extrême de la cicatrice segmentaire.

Extraction d'un enfant vivant de 3750 grs.

Stérilisation par section tubaire et enfouissement des trompes.

Suites simples.

I. — Césariennes itératives avec stérilisation retardée

OBS. 216. — 15 juillet 1950. Obs. clin. 921 (Maternité Dr. GAUCHERAND).

Mme A., 24 ans, 2 G. 2 P. : 2^e césarienne. Bassin oblique ovalaire.

A. O. : 1947 Hystérotomie à terme. Fille vivante de 2900 grs.

Grossesse bien supportée. A. P. : 30 juin.

La malade entre à terme dépassé.

Intervention sous Rachi.

Large cicatrice chéloïdienne de la dernière L. M. Musculature très déficiente.

Après ouverture du péritoine, on tombe sur un segment extrêmement mince comme si il était sur le point d'éclater.

Par suite de la coalescence du péritoine viscéral au S. I., il est impossible d'isoler et de décoller ce péritoine.

L'incision au bistouri divise le S. I. très aminci de telle sorte que l'on tombe sur les membranes très rapidement.

Extraction de la tête en présentation de la face : fille vivante criant aussitôt. Suture de l'utérus en 2 plans.

Fermeture classique. Suites simples.

L'impression laissée par cette opération est que les adhérences, la minceur de la paroi et particulièrement celle du S. I. constituent un état de déficience qui fait redouter l'apparition et l'évolution d'une 3^e grossesse.

Il paraît désirable dans quelques mois, à l'occasion d'une réfection pariétale de pratiquer une stérilisation. Celle-ci fut faite 5 mois après la césarienne.

OBS. 217. — Observation inédite (Pr. BANSSILLON).

Madame X., 22 ans, pas d'antécédents pathologiques notables. Femme petite, bassin un peu G. R.

1^{re} grossesse : travail long, dilatation stationnaire pendant près de 24 heures. Hystérotomie basse segmentaire le 15 juin 1950 (TRILLAT-MAGNIN), donne naissance à un enfant de 3.100 présentant des malformations multiples et qui meurt rapidement. Suites opératoires simples.

2^e grossesse : douleurs régulières et la dilatation progresse normalement, celle-ci étant à 5 cm. Perception par la malade d'une douleur abdominale brusque et assez intense, tendance légèrement syncopale. L'examen montre : tête plongeant dans l'excavation non perceptible au palper, qui décèle par contre, une épaule et une partie du dos paraissant très superficielle, un utérus large plutôt contracturé et douloureux en avant. Il s'écoule peu de sang par la vulve, les B. C. fœtaux sont nettement perceptibles. On craint une rupture utérine spontanée, anesthésie générale à l'éther et le Pr. BANSSILLON après incision de la portion antérieure restante du col, pratique un forceps assez simple qui donne naissance à un garçon vivant de 3.300 gr. qui crie aussitôt. Déli-

vrance artificielle immédiate et perception d'une désunion totale de la cicatrice de l'hystérotomie.

La malade présente un assez bon état général, suintement sanguin continu mais léger, tamponnement utéro-vaginal provisoire, transfusion de 500 cm³ et rapidement laparotomie qui permet de voir une brèche utérine sous bandlienne intéressant le muscle et le péritoine viscérale dans sa partie antérieure. Les lèvres de la plaie sont nettes, bien cruentées et l'on pratique une suture utérine soignée (MM. BANSSILLON et MATHIEU).

3^e grossesse en 1952 bien supportée. A. P. 20 octobre 1952. En raison des accidents du 2^e accouchement, on pratique le 4 octobre 1952 une césarienne prophylactique (Pr. BANSSILLON). Au cours de son exécution, on rencontre des difficultés importantes : Adhérences péritonéales et épiploïques multiples. Etirement extrême du segment inférieur qui est très mince surtout dans sa partie basse où il adhère à la vessie, extraction d'une fille vivante et de bonne vitalité de 3200 gr.

Fermeture soigneuse, mais difficile. Le segment inférieur donne l'impression d'être très friable. On aurait pratiqué dès ce moment la stérilisation, mais on décide d'en différer l'exécution pour ne pas prolonger l'intervention et en raison de l'extrême difficulté d'accès de la trompe gauche. Suites simples pour la mère et l'enfant.

Les intéressés étant mis au courant des risques que représenterait une nouvelle grossesse, on pratique, 7 mois après, une stérilisation (Pr. BANSSILLON et LABRY) par résection bilatérale de 3 ou 4 cm. des trompes et enfouissement.

A remarquer que l'utérus a pu être facilement extériorisé, il est petit, hypotrophique (La malade avait eu ses règles quelques jours auparavant), pas d'adhérences anormales, en particulier dégagement facile des trompes.

Suites excellentes et au cours des mois suivants, la malade présente des règles régulières et normales.

II. — Césarienne bi-itérative avec stérilisation retardée

Obs. 218. — 31 octobre 1951. Obs. clin. 1203 (Maternité Dr. BROCHIER).

Mme T., 36 ans, 4 G., 3 P. : 3^e césarienne. Bassin G. R.

A. O. : 1938 Césarienne à terme. Enfant de 3500 grs.

1940 Césarienne à terme. Enfant de 3580 grs.

1950 Avortement.

Grossesse normale. A. P. : 10 novembre.

La malade entre le 31 octobre.

Intervention sous A. G.

L. M. S. O. au niveau de l'ancienne cicatrice.

L'utérus est facilement abordé, mais le segment inférieur, porteur de grosses dilatations variqueuses est très hémorragique.

Extraction sans difficulté d'un enfant vivant de 3400 grs.

Péritonisation satisfaisante, après fermeture du muscle en 2 plans.
Ligature de la trompe droite sans difficulté.

Il est impossible d'atteindre les annexes gauches en raison des adhérences péri-sigmoïdiennes très épaisses (Annexite ?).

Fermeture de la paroi. Crins.

Suites troublées par une menace de phlébite traitée au Tromexane.
Guérison.

Reviendra pour castration secondaire.

CHAPITRE VII

ANALYSE DES OBSERVATIONS

Dans une étude générale, nous allons nous efforcer d'établir quelques éléments précis qui peuvent se dégager de l'étude de nos observations.

Une première notion que nous tenons à signaler réside dans le fait que les hystérotomies que nous rapportons ont été pratiquées dans cinq services différents (4 maternités lyonnaises, 1 au Creusot) par des opérateurs qualifiés, mais nombreux. Or, nous n'avons constaté aucun décès maternel à l'occasion de ces césariennes itératives. Nous pouvons donc affirmer que l'hystérotomie à terme ou à son voisinage est maintenant bien au point, quelles que puissent être les variantes adoptées au cours de son exécution. Sans être une intervention anodine, le pourcentage de la mortalité de la césarienne diminue chaque année. Une deuxième constatation doit également être mise en évidence, la multiplicité des opérateurs permet d'écarter d'emblée une tendance personnelle résultant d'un état d'esprit particulier. Le polymorphisme de nos observations nous permettra d'établir d'une manière objective et synthétique des directives précises.

Nous aborderons d'emblée une première question très importante et qui a été le point de départ de notre travail.

Faut-il pratiquer systématiquement la stérilisation à l'occasion de la troisième césarienne ?

Réalisées dans des services différents et pratiquées dans l'intérêt supérieur de la malade, nous en rapportons 40 observations.

Cette intervention pratiquée d'après un « dogme » assez répandu stérilisa des femmes dont l'utérus paraissait sain dans de nombreux cas, avec des cicatrices satisfaisantes. Cette constatation nous amène à discuter la valeur de cette attitude systématique.

Nous ne retiendrons pas les cas où la constatation d'une maladie intercurrente à la grossesse a pu faire pencher la balance du côté de la stérilisation, ce n'est pas là l'objet de notre étude, qui n'a uniquement en vue que la valeur du muscle utérin à l'occasion d'une grossesse future. Une gestation ultérieure constituera-t-elle ou non un danger grave pour une femme dont l'utérus a été plusieurs fois césarisé ? Tel est le problème à résoudre.

Devrons-nous tenir compte formellement des desiderata exprimés par la malade ? Son opinion apparaît très discutable, aussi bien dans le sens de la stérilisation que dans celui de la non stérilisation. L'intéressée ne peut pas être bon juge de son propre cas, et il sera toujours nécessaire de lui exposer les différentes éventualités qui pourront se présenter. Le résumé pourra en être formulé ainsi : En cas de dangers ultérieurs certains ou probables, on stérilisera, dans le cas contraire il n'y aura pas lieu d'envisager cette éventualité. Il faudra gagner la confiance de sa malade par les explications fournies. Que pourrait-on penser d'un chirurgien qui opérant une occlusion intestinale, pratiquerait ou ne pratiquerait pas une résection d'anse intestinale d'après l'avis du malade ou de son entourage. Il faut donc savoir prendre ses responsabilités.

Toute indication opératoire comporte des aléas qui ne pourront être minimisés le plus possible que par la connaissance précise et étendue des différentes possibilités de la technique.

Certes, on pourra arguer de cas malheureux d'une rupture utérine ultérieure qui aurait pu être évitée par la section préventive des trompes. Ce n'est pas impossible, mais nous persistons à penser que ces risques peuvent être diminués dans des proportions considérables lorsque les indications de la stérilisation ou de la conservation de la fonction parturiente de l'utérus auront été posées avec toute la rigueur nécessaire. A ce propos, ainsi que nous l'avons déjà mentionné, la rupture utérine après césarienne segmentaire est rarement mortelle.

On connaît, d'autre part, des utérus qui se rompent à l'occasion d'une première gestation ou à la suite d'une unique césarienne pratiquée sur un utérus hypotrophique et même le muscle utérin étant cicatrisé de façon satisfaisante lorsque la gestante aura été insuffisamment surveillée au cours de sa deuxième grossesse.

Enfin, un dernier élément doit être envisagé : une stérilisation intempestive ne pourra-t-elle pas provoquer de la part de l'intéressée des reproches assez fondés, si ultérieurement elle venait à désirer une nouvelle maternité. L'indication de la stérilisation ne nous paraît donc pas devoir être posée d'après un chiffre ou en vertu d'une opinion exprimée, elle doit être objective et précisée.

La directive générale que nous proposons est que la stérilisation doit être mise en œuvre non pas en raison du nombre des césariennes pratiquées, mais d'après l'état du muscle utérin constaté au moment de l'hystérotomie en cours.

La section et la ligature des trompes devront donc être pratiquées aussi bien à l'occasion d'une deuxième césarienne que d'une quatrième ou davantage, si l'on peut craindre au moment de l'intervention une possibilité de rupture lors d'une grossesse ultérieure.

C'est ainsi que nous avons relevé 1 observations où la stérilisation fut pratiquée à l'occasion d'une deuxième césarienne.

Cette ligne de conduite peut être considérée comme exceptionnelle au cours d'une hystérotomie itérative. Elle représente 1,6 % des observations que nous avons rapportées.

Par contre, la proportion s'élève nettement pour les césariennes multiples.

3^e Césarienne : stérilisation pratiquée systématiquement ou pour indication anatomique : 30.

Pourcentage : 58 %.

4^e Césarienne : stérilisation : 4.

Pourcentage : 50 %.

Les observations de césariennes pratiquées plus de 4 fois sont rares et l'on conçoit fort bien que dans ce cas les chances de conservation de la fonction de reproduction puissent être considérées comme exceptionnelles.

Toutefois, nous rappellerons l'observation rapportée par MM. TRILLAT et NOTTER où la stérilisation ne fut pas pratiquée à l'occasion d'une 6^e césarienne.

LES INDICATIONS DE LA STÉRILISATION

Nous allons envisager maintenant les raisons qui feront poser l'indication de la stérilisation, étant bien entendu que nous ne retiendrons pas comme indication suffisante le seul fait de pratiquer une troisième césarienne. Les raisons qui nous paraissent les plus importantes sont les suivantes :

1^o) La minceur extrême du muscle utérin recouvert par une mince couche de péritoine viscéral adhérent ou non. Tout se passe comme si le segment inférieur avait été démuscularisé pendant la grossesse en cours, réalisant un véritable état de prérupure en fin de gestation. Une fois l'enfant extrait, il sera difficile de suturer avec efficacité le muscle utérin. La réparation de la brèche opératoire utérine, ne pourra pas être bien satisfaisante. Les plus légitimes craintes de rupture devront être envisagées dans le cas d'une distension utérine ultérieure. Nous associerons à cette indication les cas où l'on constate une amorce de désunion ou même la désunion du muscle utérin, seul le péritoine utérin obturant la cavité utérine.

(A ce propos, une remarque s'impose. Il peut arriver qu'au cours d'une 2^e césarienne, on soit frappé par la minceur particulière du segment inférieur, surtout après épreuve du travail un peu poussée. Si le muscle paraît sain, sans cicatrices apparentes, on pourra ne pas pratiquer la stérilisation). Nous en rapportons 4 observations).

Il est nécessaire en pareil cas de prévenir l'intéressée, de lui faire connaître l'opportunité d'une surveillance attentive en cas de nouvelle grossesse et la nécessité de pratiquer pour son 3^e accouchement une césarienne prophylactique.

Par contre, de semblables constatations au cours d'une hystérotomie bi-itérative prophylactique devront faire poser l'indication de la stérilisation.

2^o) La constatation d'une cicatrice fibreuse manquant de souplesse, adhérente au péritoine viscéral, parfois associée à sa périphérie à un muscle plus mince que normalement. Même réséquée, on pourra légitimement craindre que la cicatrization ultérieure soit médiocre et dangereuse par la suite.

3°) La rupture utérine spontanée pendant la grossesse ou pendant le travail et traitée par suture de la brèche. Il y a cependant quelques rares exceptions possibles, nous en rapportons un cas après une première césarienne, où la rupture fut observée pendant le travail au cours d'une deuxième grossesse, cette rupture put être suturée de façon particulièrement satisfaisante, permettant une troisième gestation. Celle-ci se terminera par une hystérotomie prophylactique et stérilisation secondaire.

Telles sont à notre avis mentionnées par ordre de fréquence les trois indications majeures de la stérilisation au cours d'une césarienne itérative.

D'après nos observations, nous pouvons en établir le pourcentage des stérilisations pratiquées comme suit :

- Minceur extrême du muscle utérin : 10 = 4,8 %.
- Prérapture : 3 = 1,3 %.
- Cicatrice défectueuse : 4 = 1,8 %.
- Rupture utérine : 3 = 1,3 %.

Nous avons donc relevé 20 cas de stérilisation pratiquée pour les principales raisons que nous venons de préciser.

Il existe également des éléments adjuvants qui pourront aider à poser l'indication de la stérilisation :

— La constatation d'adhérences étendues et surtout viscérales.

— L'observation d'un élément inquiétant, minceur du muscle, mauvaise cicatrice au cours d'une intervention prophylactique sans que l'on puisse faire entrer en ligne de compte l'étiement du segment inférieur au cours du travail.

— La diminution notable d'épaisseur du muscle utérin dans la région corporéale, après une ou plusieurs césariennes au cours desquelles on fut dans l'obligation d'inciser le corps utérin sur une certaine étendue. Enfin, il faudra tenir compte de la notion d'une infection utérine constatée soit au moment de l'intervention, soit à l'occasion des suites des césariennes antérieures. L'endométrite pouvant dans une certaine mesure fragiliser la musculature utérine par exagération de sa friabilité.

LES CONTRE-INDICATIONS DE LA STÉRILISATION

Ayant posé les indications de la stérilisation au cours des césariennes itératives d'après les constatations faites pendant son exécution, nous pensons pouvoir établir qu'il en existe des contre-indications.

Si au cours de l'intervention, on peut observer une épaisseur normale du segment inférieur, l'absence de cicatrices apparentes ou la constatation d'une cicatrice souple bien étoffée, on pourra ne pas pratiquer de stérilisation, surtout si pendant l'exécution de la césarienne, on ne s'est pas heurté à des difficultés opératoires importantes telles qu'adhérences péritonéales ou viscérales gênantes ou étendues.

Enfin, nous insisterons sur un dernier élément. Une femme dont les particularités anatomiques nécessitent la mise en œuvre d'hystérotomies multiples, devra toujours être césarisée avant le déclenchement du travail. La césarienne prophylactique en minimisant l'étirement du segment inférieur, réduira les dangers d'une rupture que l'on pourrait craindre bien davantage au cours d'une épreuve du travail, même très courte.

La stérilisation au cours des césariennes itératives doit donc être pratiquées non pas en fonction de leur nombre. Elle devra être une intervention d'opportunité.

CONCLUSIONS

Provenant de 5 Maternités différentes, nous rapportons 218 observations d'hystérotomies segmentaires :

itératives : 161
bi-itératives : 49
tri-itératives : 6
+ de 4 césariennes : 2.

Nous n'avons pas relevé de décès chez ces 218 opérées.

— 40 stérilisations ont été pratiquées :

4 au cours ou après une césarienne itérative,
25 systématiquement après la 3^e césarienne,
9 sur indications anatomiques (mauvais état du muscle utérin),
2 systématiquement après la 4^e césarienne.

Par contre, nous rapportons :

19 observations de 3^e césarienne,
2 observations de 4^e césarienne,
2 observations de 5^e et 6^e césarienne sans stérilisation.

Nous rappellerons que la rupture utérine est exceptionnelle après la césarienne segmentaire, même itérative. Nous en avons observé 3 cas après nos 218 observations sans conséquence mortelle.

Le principe de la stérilisation systématique après la 3^e césarienne doit être abandonnée et remplacée par la stérilisation faite à la demande d'après l'état du muscle utérin. Elle ne sera pas fonction du nombre des hystérotomies.

Les principales indications de la stérilisation au cours d'une opération césarienne seront :

- la minceur extrême du muscle utérin,
- la constatation d'une cicatrice fibreuse manquant de souplesse,
- la rupture utérine spontanée pendant la grossesse ou pendant le travail.

En présence d'une malade qui a subi au moins deux hystérotomies antérieures, on devra le plus possible, préférer la césarienne prophylactique à l'épreuve du travail.

La stérilisation sur indication anatomique sera pratiquée le plus souvent au cours de l'intervention césarienne; dans quelques cas exceptionnels, en raison d'adhérences étendues, elle aura lieu secondairement quelques mois après.

La stérilisation pratiquée en raison d'une sérieuse menace de rupture utérine à l'occasion d'une grossesse ultérieure apparaît comme parfaitement licite en regard des principes de la morale chrétienne.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

Vu :

Le Président de la Thèse,
BANSSILLON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Octobre 1953

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÈRES. — Elargissement des indications de la césarienne. *Ges und Frauenheilk*, cahier I, vol. II, Janvier 1951.
- ANDERODIAS. — Elimination de la cicatrice utérine par voie vaginale au cours des suites d'une césarienne basse. *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, p. 759, 1933.
- ANDERODIAS et BALARD. — L'avenir obstétricale des femmes opérées de césariennes basses. *Jour. de Méd. de Bordeaux*, n° 25, p. 20, Septembre 1931.
- ANDERODIAS-NICHOLIS. — A propos de 416 césariennes basses. *Bull. Soc. gyn. obst.*, p. 69, 1949.
- ARNALDO DE MORÉAS. — La cicatrice utérine dans les césariennes. *Gyn. Obst.*, p. 89, 1928.
- BALARD. — Un cas de césarienne basse itérative. *Revue française Gyn. Obst.*, p. 614, 1928.
- BALARD et PIANUS. — De la conduite à tenter chez les césarisées au cours des grossesses et des accouchements consécutifs. *Revue française Gyn. Obst.*, Novembre 1920.
- BAZIN. — Rupture utérine après opération césarienne. *Thèse Lyon* 1923.
- BONNET. — Rupture de cicatrice de césarienne basse. *Thèse Paris* 1934.
- BRAULT. — L'avenir des femmes césarisées. *Gazette médicale de France*, 15 mars 1936.
- BRIERTON. — Rupture of pregnant uterus. *Amer. Journal of obst.*, T. I, 113, 1950.
- CAVALIÈRE. — Sur la résistance de la cicatrice utérine consécutive à l'opération césarienne. Congrès italien d'obst. gyn. 1933. *Gyn. obst.* 1934, tome 2, p. 389.
- CHATILLON. — A propos de la résistance des cicatrices sur le segment inférieur. *Revue française gyn. obst.*, 10 octobre 1924.
- CHASTRUSSE. — Les ruptures de cicatrices de césariennes basses. *Soc. gyn. obst.*, Bordeaux, p. 194, 25 mars 1934.
- CHOME. — Structure du segment inférieur. *Encyclopédie méd. chirur.*, tome I, p. 5008.
- Les opérations césariennes itératives. *Encyclopédie méd. chirur.*, tome II, p. 5013.
- COLLE-MONTAGNE. — Césariennes basses itératives pour bassin rachitique. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1936, p. 291.
- COLMEIRO-LAFONT. — Ruptura utérina en cicatrici de cesarea baja. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1951, p. 352.
- COMMANDEUR. — Un cas de césarienne itérative. *Soc. gyn. obst.*, Lyon 1909.

- Congrès de Bruxelles (3-5 octobre 1929). — Indications de la stérilisation chez la femme. *Gyn. obst.*, 1929.
- COXTÉ. — Contribution à l'étude de l'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées. *Thèse Paris* 1940.
- DAICHMANN. — Césariennes entre 1937 et 1946. *American journal of surgery New-York*, 5 mai 1949, p. 543-678.
- DAURAND. — Sur l'accouchement par les voies naturelles chez les femmes antérieurement césarisées. *Thèse Lyon* 1937.
- DELMAS et BATTLE. — Accouchement prématuré provoqué chez une femme antérieurement césarisée. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 777, 1935.
- DEROCHET. — 200 cas de césarienne basse de la clinique obstétricale. *Thèse Lyon*, 1949.
- DESNOVERS. — 2 cas de rupture de cicatrice de césarienne basse. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1939, p. 563.
- DESSERT. — 200 césariennes segmentaires à la clinique obstétricale. *Thèse Lyon*, 1953.
- DIGONNET. — Rupture utérine après 2 césariennes basses. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 61, 1939.
- DIGONNET. — Césarienne basse. Statistique sur 299 cas. *Gyn. obst.*, p. 169, 1939.
- DICKERING. — Delivery after cesarea section. *Amer. journal of obst.*, 1, p. 621, 1946.
- DIVILLIER-PALLON. — Impossibilité de pratiquer une césarienne basse itérative par suite d'adhérences très développées au niveau du segment inférieur. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1931, p. 271.
- FEARVIEU-SATTEBAU. — Observation d'un 2^e accouchement prématuré provoqué chez une femme antérieurement césarisée. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 457, 1922.
- FEARVIEU. — Rupture partielle de la cicatrice utérine ou césarienne basse à un accouchement ultérieur. *Bull. soc. gyn. obst. Lyon*, p. 155, 1934.
- FRESTON. — Anatomie, physiologie, pathologie de la cicatrice de la césarienne en considérant particulièrement le comportement fonctionnel de cette cicatrice au cours des grossesses et accouchements ultérieurs. *Archive française de gynéco.*, 20 novembre 1942, p. 259-328.
- EZES. — 3 cas de rupture utérine. Hystérectomie. Guérison. *Bull. soc. gyn. obst.*, Alger, p. 124, 1936.
- FOBE. — Section césarienne et accouchements ultérieurs. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 623, 1936.
- FOURNIER-ESTIENNE. — Rupture d'une cicatrice d'hystérotomie basse au cours du travail. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 185, 1936.
- GAJEANU. — A propos de 50 cas de césariennes sur le segment inférieur. *Revue française gyn. obst.*, Janvier 1923.
- GACHERAND-BUTHAULT. — Rupture spontanée silencieuse de la cicatrice segmentaire d'une femme antérieurement césarisée. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 561, 1952.

- GEIGER. — 454 césariennes consécutives pendant 20 ans. *Amer. jour. obst. gyn. Saint-Louis*, p. 41-53, 1949.
- GOU. — Contribution à l'étude de l'opération césarienne basse conservatrice. *Thèse Lyon* 1947.
- GRASSET-BRET. — A propos de 2 observations de rupture utérine après césarienne transversale. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 592, 1952.
- HENNESSY. — Césariennes pratiquées à l'hôpital Saint-Vincent de New-York. *Amer. jour. obst. gyn.*, 6 juin 1949, p. 1167-1185.
- KELLER-VANDIEST. — Observations faites au niveau de la cicatrice utérine après césarienne basse transversale. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 169, 1938.
- KOUWER. — L'avenir des femmes après opérations césariennes classiques. *Gyn. obst.*, t. XXI, p. 216, 1930.
- KUSTNER. — Analyse des cas de césariennes sur 10 ans. *Amer. jour. obst. gyn. Saint-Louis*, 1951, p. 109-120.
- LENCZOWSKI. — Sur les changements microscopiques dans le muscle utérin pendant l'accouchement et en dehors de la gestation. Leur importance dans les ruptures spontanées de l'utérus pendant l'accouchement. *Gyn. obst.*, p. 557, tome 2, 1935.
- LEROUX. — Césarienne itérative après ligature des trompes. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1952, p. 979.
- Avantages et inconvénients respectifs des césariennes basses longitudinale et transversale. *Gyn. obst.*, tome 47, n° 6, 1948.
- LOW. — Modifications des tendances au sujet des césariennes. *Amer. jour. obst. gyn. Saint-Louis*, 1951, p. 147, 1491.
- MAHON. — Rupture d'une cicatrice de césarienne basse au cours d'un accouchement ultérieur. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1945, n° 4, p. 94.
- MATTEACE. — Notes cliniques sur les cas de rupture de l'utérus et contribution à leur étiopathologie. *Revue française Gyn. obst.* 1936, p. 361.
- MENESTRIER. — Une observation de rupture insidieuse en fin de grossesse. *Thèse Lyon* 1953.
- MUTEL. — 45 accouchements par les voies naturelles après césarienne segmentaire au cours d'une précédente gestation. *Thèse Lyon* 1953.
- NICOLOFF. — Contribution à l'étude de la césarienne basse itérative. *Thèse Lyon* 1932.
- PALLIEL-GERNET. — A propos de 12 observations d'accouchements par les voies naturelles après césarienne basse. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 393, 1931.
- PHANEUF. — L'accouchement par les voies naturelles à la suite de l'opération césarienne transpéritonéale basse. *Revue française gyn. obst.*, p. 177, Avril 1927.
- PLAUCHU. — Un cas de césarienne itérative. *Bull. soc. gyn. obst. Lyon* 1927.
- PIZZERA. — 3 cas de rupture utérine. *Gyn. obst.*, p. 1104, 1948.
- RIVIÈRE. — L'avenir obstétrical des femmes césariées dans les accouchements ultérieurs à l'hôpital Boursier de 1945 à 1949. *Bull. soc. gyn. obst.*, tome 2, n° 2, p. 181, 1950.

- RIVIÈRE-AUCHE. — Rupture utérine au cours du travail chez une femme ayant subi une césarienne basse antérieure. Hystérectomie. Guérison. *Bull. soc. gyn. obst.*, tome 4, p. 100, 1944.
- RIVIÈRE-CHASTRUSSE. — Adhérences utéro-pariétales post-césariennes. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1949, p. 134.
- RIVIÈRE-MAHON-TAISSAC. — Hystérectomie 38 heures après la rupture d'un utérus ayant subi antérieurement une césarienne basse. Guérison. *Bull. soc. gyn. obst.*, Bordeaux, p. 293, 1933.
- SEGOND. — Des sutures dans l'opération césarienne. *Bull. soc. gyn. obst.*, 15 juin 1948.
- SCHEBAT-LAFFARGUE. — Rupture du segment inférieur propagée à la vessie chez une femme antérieurement césarisée par césarienne basse. Hystérectomie. Guérison. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1938, p. 625.
- SCHICKELE. — 13 cas de césariennes itératives. *Gyn. obst.*, p. 131, Février 1926.
- SWEENCY. — 9 Hystérotomies successives chez une femme. *Gyn. obst.*, p. 549, 1939.
- TAUNO-RISSANEN. — Sur la fertilité après césarienne. *Ann. inst. obst. gyn. univers. Helsins*, 61, p. 32-45, 1945.
- THANAUD. — Etude sur 20 cas de césariennes segmentaires. *Thèse Lyon* 1940.
- THOLON. — 204 césariennes segmentaires basses. *Thèse Lyon* 1941.
- TRAN-DINH-DI (Saïgon). — 282 cas de césariennes basses. *Gyn. obst.*, 1950, p. 400.
- TRILLAT. — 2 cas de césariennes basses itératives. *Bull. soc. gyn. obst.*, Lyon 1929.
- Rupture de la cicatrice utérine des césariennes basses. *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 296, 1934.
- TRILLAT-MAGNIN. — Etude statistique de 51 césariennes itératives. *Bull. soc. gyn. obst.*, 1937.
- TRILLAT-DARGENT. — Etat de la cicatrice utérine consécutive à une césarienne basse (60 jours après l'intervention). *Bull. soc. gyn. obst.*, p. 409, 1933.
- VAN CAUVENBERGHE. — Rapport sur les césariennes basses. *Revue française gyn. obst.*, p. 517, 1939.
- VERCH. — Césariennes de 15 années. *Amer. jour. obst. gyn. St-Louis*, 1950, p. 108-112.
- VERMELIN-HARTMAN. — Résultats comparés de 20 ans de pratique de la césarienne corporeale et de la césarienne segmentaire à la clinique obstétricale de Nancy. *Bull. soc. gyn. obst.*, t. 47, n° 6, p. 851, 1948.
- VERMELIN-LOUYOT-RIBON. — Rupture d'une cicatrice de césarienne segmentaire au cours de l'accouchement suivant. *Gyn. obst.*, t. 47, n° 6, p. 1249, 1948.
- VERMELIN-RIBON. — Formation du segment inférieur. *Encyclopédie Méd. chir.*, p. 5017 B.
- VEYRAC. — L'accouchement par les voies naturelles après césarienne basse. *Thèse Paris*, 1934.
- VEYRAT. — A propos de 120 césariennes basses. *Thèse Lyon*, 1933.

- VORON-TIXIER. — Opération césarienne itérative. *Lyon Médical* 1907.
- WETTERWALD. — A propos de l'avenir obstétrical des femmes ayant subi la césarienne transpéritonéale basse. *Gyn. obst.*, 1926.
- WILLIAMS. — Césariennes suivies d'accouchements par les voies naturelles. *Amer. jour. obst.*, Octobre 1919.
- WILSON. — Etude clinique de 133 gestations consécutives à une césarienne. *Amer. journal obst.*, p. 268, 1926.
- Labor and delivery after cesarean section. *Amer. journal obst.*, p. 225, 1951.
- WOODMANN. — Tendances nouvelles de la césarienne. *New England journal of medicine*. Boston, Octobre 1950, p. 358-530.

TABLE DES MATIERES

<i>Chapitre Premier.</i> — Position du problème	11
<i>Chapitre II.</i> — Comment se comporte l'utérus après l'incision du segment inférieur. — Considérations rapides sur l'avantage de l'incision du segment inférieur	13
A. Valeur fonctionnelle de l'utérus antérieurement césarisé.	14
B. La résistance des cicatrices du segment inférieur	15
Examens histopathologiques	17
<i>Chapitre III.</i> — Ruptures de cicatrices utérines basses	21
A. Etude clinique	22
B. Conduite à tenir	23
<i>Chapitre IV.</i> — Principales difficultés opératoires rencontrées au cours des césariennes itératives	25
Influence de l'incision longitudinale ou transversale du segment inférieur	28
<i>Chapitre V.</i> — La stérilisation	31
A. Sa technique	31
B. Sa légitimité	32
C. Evolution du problème de la stérilisation	33
<i>Chapitre VI.</i> — Observations	37
Césarienne non suivie de stérilisation	39
Césarienne suivie de stérilisation	71
<i>Chapitre VII.</i> — Analyse des observations	91
Raisons qui doivent faire pratiquer la stérilisation	94
Contre-indication	96
CONCLUSIONS	97
BIBLIOGRAPHIE	99

